ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

ET DE SES CONSÉQUENCES

POUR LE **DIAGNOSTIC** ET LE **TRAITEMENT** DE CES AFFECTIONS,

PAR

Le Docteur L.-J. BAUCHET,

Chirurgien des hôpitaux civils de Paris,
Deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine (1856 et 1858),
Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Membre titulaire (ancien vice-président) de la Société anatomique,
Membre de la Société de médecine de la Seine.

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
DANS LA SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1858.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1859.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

ET DE SES CONSÉQUENCES

POUR LE **DIAGNOSTIC** ET LE **TRAITEMENT** DE CES AFFECTIONS,

PAR

Le Docteur L.-J. BAUCHET,

Chirurgien des hôpitaux civils de Paris,
Deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine (1856 et 1858),
Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Membre titulaire (ancien vice-président) de la Société anatomique,
Membre de la Société de médecine de la Seine.

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
DANS LA SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1858.

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1859.

EXTRAIT DES MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
Tome XXIII.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

ET DE SES CONSÉQUENCES

POUR LE **DIAGNOSTIC** ET LE **TRAITEMENT** DE CES AFFECTIONS.

« ..... Ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les » kystes séreux me porte à penser qu'elles offriraient encore plus de » chances de succès que le vin, dans l'ascite et les kystes de » l'abdomen. »

VELPEAU, *Médecine opératoire*, 1839, t. IV, p. 7 et 13.

La question mise au concours par l'Académie est une des plus importantes de la chirurgie. Les kystes de l'ovaire constituent une affection des plus graves, et, dans la plupart des circonstances, rapidement mortelle.

Si l'on a observé la guérison de quelques kystes de l'ovaire à la suite d'une rupture spontanée, si l'on a vu quelques-unes de ces tumeurs rester stationnaires pendant un temps fort long, ce sont là d'heureuses et trop rares exceptions. Ces altérations si fréquentes, abandonnées à elles-mêmes, se terminent presque toujours par la mort, dans l'espace de cinq à huit ans. Nous verrons plus loin quelles sont les conditions qui peuvent prolonger la vie chez les malades atteintes de *tumeurs enkystées de l'ovaire.*

Une affection si grave devait donc exercer la sagacité des médecins, et les moyens proposés pour la combattre n'ont pas manqué.

Parmi ces moyens, les uns s'adressent directement à la maladie et sont destinés à la faire disparaître : ils constituent le *traitement curatif* ou *radical* des kystes de l'ovaire. Les autres ont pour but de prolonger l'existence des malades, mais la tumeur ne disparaît pas et doit se reproduire : c'est le *traitement palliatif.*

Parmi les médecins, les uns rejettent le traitement curatif, et ne s'adressent qu'aux moyens purement palliatifs; les autres, quand les conditions anatomiques du kyste le permettent, s'adressent à la tumeur elle-même et demandent à la chirurgie les moyens d'en débarrasser les malades.

On a beaucoup écrit sur ce sujet; mais jamais cette question n'avait été discutée dans aucune société savante, lorsque, en 1856, l'*Académie de médecine*, à la suite d'une communication intéressante de M. Barth (1), mit à l'ordre du jour le traitement des kystes de l'ovaire. Il est sorti de cette discussion ce qu'on pouvait espérer, et l'Académie a fixé, d'une manière claire et précise, ce qu'il fallait attendre des divers modes de traitement proposés pour ces tumeurs. A la suite de cette discussion, elle a mis au concours la question dont nous allons nous occuper.

La question est nettement posée : *Décrire l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire avec ses conséquences, au point de vue du diagnostic et du traitement.* C'est la description complète de ces tumeurs, *leur histoire anatomique* et *leur histoire clinique.*

Si jamais la clinique a dû s'appuyer sur l'anatomie pathologique, c'est sans contredit pour les tumeurs enkystées de l'ovaire. Chaque variété de ces altérations porte avec elle ses symptômes spéciaux, son diagnostic et ses indications thérapeutiques particulières. J'ai donc essayé de tracer un tableau anatomique complet des divers kystes de l'ovaire, établi sur des caractères bien tranchés, et ce tableau a rendu facile la seconde partie de notre tâche. L'Académie, et dans la question elle-même et dans la mémorable discussion que j'ai déjà rappelée, nous avait tracé notre chemin. Nous avons largement puisé dans les discours

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXI, p. 533; t. XXII, p. 20.

des divers orateurs qui se sont succédé à la tribune, mais surtout quand nous avons abordé la partie qui avait rapport au traitement. Notre sujet était naturellement divisé en deux parties :

I[re] PARTIE. — *Histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire.*
II[e] PARTIE. — *Leur histoire clinique.*

Dans la première partie, nous avons étudié les kystes de l'ovaire dans leur structure, leurs rapports, leurs complications, etc., et nous avons jeté un coup d'œil rapide sur les affections qui peuvent simuler les tumeurs enkystées de cet organe. Nous avons rassemblé un nombre considérable d'observations, mais nous n'avons rapporté que celles qui avaient une signification particulière importante; nous avons surtout choisi les faits qui avaient un grand caractère d'authenticité. Nous avons puisé dans l'ouvrage remarquable de M. Cruveilhier (1), dans les *Bulletins de la Société anatomique*, etc. ; et, afin de rendre plus facile la lecture de cette première partie, nous avons fait imprimer les observations en petit caractère.

Dans la deuxième partie, nous avons étudié la symptomatologie, la marche, la durée, la terminaison, le diagnostic des kystes de l'ovaire. Nous n'avons dit qu'un mot de leur étiologie, qui n'était pas comprise dans la question; mais nous n'avons pas voulu passer ce chapitre sous silence. Enfin, nous n'avons rien négligé pour présenter l'histoire complète de la discussion académique sur le traitement des tumeurs enkystées de l'ovaire.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale.* Paris, 1856, t. III.

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire.

La première partie peut être divisée en deux chapitres. Dans le premier, j'étudierai les caractères anatomiques des *kystes de l'ovaire ;* dans le second, les caractères anatomiques *des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.*

Je ferai tous mes efforts pour rendre le premier chapitre aussi complet que possible, car il compose la partie essentielle de la question que l'Académie a mise au concours. Parmi les tumeurs que je passerai en revue dans le second chapitre, il en est quelques-unes qui ont des connexions plus étroites avec les kystes de l'ovaire; je donnerai à leur description une place plus étendue : tels sont les kystes des trompes, des ligaments larges, etc. D'autres, au contraire, qui n'ont d'importance qu'au point de vue du diagnostic, m'arrêteront moins longtemps, et je ne ferai souvent que les indiquer : ainsi les tumeurs fibreuses de l'utérus, etc. Ce second chapitre sera le complément du premier; il me permettra de donner le tableau anatomique complet des tumeurs que j'aurai à passer en revue dans l'article consacré au diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE Ier. — CARACTÈRES ANATOMIQUES DES KYSTES DE L'OVAIRE.

M. *Cruveilhier* a ainsi défini les kystes de l'ovaire (1) : « Au point de vue le plus général, c'est une production kysteuse accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts, comme l'ovaire, aux dépens duquel elle est formée, ne communiquant avec la malade qui la porte que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre, bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire, indépendante de la vie générale. »

Cette définition est surtout attaquable dans sa dernière partie, ainsi

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 85.

que l'a bien fait remarquer M. Pidoux, dans plusieurs articles que j'aurai encore l'occasion de rappeler. La reproduction du liquide dans ces kystes a un grand retentissement sur l'économie, et peut tuer les malades par l'affaiblissement qui en est la conséquence. Mais je ne veux pas insister plus longtemps sur cette définition, la plus complète que les auteurs aient donnée des kystes ovariques, et j'aborde tout de suite l'histoire anatomique de ces tumeurs.

C'est surtout, quoi qu'en aient dit certains auteurs, de dix-huit à quarante ans qu'on les observe. Rares dans l'enfance, on les rencontre encore assez souvent après l'époque de la ménopause; et, dans cette dernière période, l'âge joue un grand rôle sur leur développement et leur marche.

Les kystes de l'ovaire sont rares dans l'âge le plus jeune. On en a trouvé cependant plusieurs exemples. En 1854, M. Boullard a présenté à la Société anatomique des pièces recueillies, à l'École pratique, sur un enfant nouveau-né, qui avait respiré, mais qui est mort peu de temps après sa naissance. On trouvait sur les deux ovaires une foule de petits kystes en miniature, très apparents, et qui constituaient à eux seuls toute la masse de l'ovaire. Mayer (de Bonn), a vu les deux ovaires kysteux sur un enfant de quatorze jours. Chaque ovaire avait seize kystes contenant un liquide épais.

Ce sont des *kystes en miniature*, semblables à ceux qu'on observe aussi quelquefois chez les vieilles femmes. Je pourrais en rapporter bon nombre d'exemples; je me bornerai à citer le suivant : Chez une vieille femme, M. Bailly (1) a trouvé les deux ovaires envahis par de nombreux kystes en voie de formation, depuis le volume de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une noisette. Ils étaient au nombre de dix à douze sur chaque ovaire. Le liquide qu'ils renfermaient était limpide, d'une couleur un peu ambrée; leur paroi mince et tout à fait transparente. D'autres fois, M. Cruveilhier a trouvé ces petits kystes divisés en plusieurs petites loges, et sur un même ovaire il a pu voir des kystes en miniature uni, pluriloculaires, dont les uns étaient remplis par un liquide séreux, les autres par un liquide gélatineux.

Ces petits kystes ovariens ressemblent beaucoup, quant à l'apparence

(1) *Bulletins de la Société anatomique.* Paris, 1854.

extérieure, sinon quant au siége, aux kystes de l'organe de Rosenmüller, que nous étudierons plus loin.

Le plus ordinairement, *un seul ovaire* est malade. On a cependant quelquefois rencontré en même temps des kystes sur l'un et l'autre ovaire. En 1852, M. Vidal a présenté à la Société anatomique deux kystes de l'ovaire très volumineux, l'un à gauche, l'autre à droite, tous deux multiloculaires et contenant différentes espèces de liquides, arrivés tous deux au même degré de développement. On n'en avait diagnostiqué qu'un seul pendant la vie.

Quand un seul ovaire est malade, on a prétendu que, le plus souvent, c'était l'ovaire droit qui était le siége du kyste. Mais les statistiques qui ont été fournies à l'appui de cette assertion sont peu probantes. Tavignot, sur trente cas de kystes d'un seul ovaire, a trouvé dix-sept fois la tumeur à droite ; Bluft a fait la même remarque.

Le *volume* des kystes ovariques est très variable. Il en est qui contiennent à peine quelques cuillerées de liquide ; il en est d'autres qui renferment plus de vingt litres de sérosité plus ou moins claire. — La plupart sont distendus par le produit qu'ils contiennent. Quelques-uns cependant sont flasques comme une vessie demi-pleine de liquide. M. Cruveilhier en a rapporté plusieurs exemples (1). On trouve à ces kystes la même flaccidité que celle de certaines hydrocèles, volumineuses, anciennes. Ces kystes flasques de l'ovaire sont rares ; ils peuvent offrir quelques difficultés au diagnostic.

Mais la partie importante, dans l'étude de ces tumeurs, n'est pas tant dans leur volume que dans leur forme, et surtout dans la qualité du liquide qui les remplit : aussi les a-t-on divisées en plusieurs classes, dont les unes sont accessibles à nos moyens chirurgicaux, et dont les autres, au contraire, en raison même de leur nature, sont marquées au coin de l'incurabilité, *du moins jusqu'à présent, et pour le plus grand nombre.*

L'ovaire est constitué par une enveloppe fibreuse, dense, résistante, recouverte par le péritoine qui lui adhère intimement, et par un tissu spongieux et vasculaire (tissu propre de l'ovaire), dans les mailles duquel sont déposées les vésicules de de Graaf, *ces petits kystes en miniature*, comme les appelle M. *Cazeaux.*

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale.* Paris, 1856, t. III, p. 400.

M. Cruveilhier affirme que ces vésicules sont le siége des kystes ovariques. Il a pu suivre leur évolution depuis le volume d'une cerise, d'une prune de reine-claude, jusqu'à leur développement le plus complet, et il s'est convaincu que c'est dans le tissu même de l'ovaire que ces kystes prennent naissance et accomplissent leur évolution. M. Huguier, tout en admettant aussi que ces tumeurs naissent dans le tissu de l'ovaire, pense que les unes ont pour origine les vésicules de Graaf, et les autres la trame même de l'ovaire. Cette question est assez difficile à résoudre, et c'est plutôt par le raisonnement qu'on arrive à formuler les deux hypothèses que je viens de rappeler. Cependant il ne serait pas surprenant que les différents kystes de l'ovaire pussent avoir une origine distincte; que les kystes multiloculaires ou uniloculaires, séreux ou gélatineux, eussent pour point de départ, les uns la trame celluleuse de l'ovaire, les autres les vésicules de Graaf. Jusqu'à présent, aucun fait positif n'est venu confirmer d'une manière absolue l'une ou l'autre théorie.

Suivant la nature du liquide qu'ils contiennent, suivant la disposition de leurs différentes poches, suivant la structure de leurs parois, on peut établir, dans la description des kystes de l'ovaire, plusieurs divisions importantes et qui jouent un grand rôle pour le diagnostic et le traitement. J'étudierai successivement les *kystes simples*, leur siége, leur forme, leur structure, la nature du liquide qu'ils renferment, leurs rapports, les altérations accidentelles qu'ils peuvent présenter dans leur intérieur et dans les organes voisins, *les kystes composés, et les kystes anormaux de l'ovaire* (1).

ARTICLE Ier. — KYSTES SIMPLES.

Ces kystes ne présentent dans leur structure ou dans leur voisinage aucune tumeur anormale. Ils constituent par eux seuls toute la lésion, et doivent, par conséquent, occuper d'abord notre attention.

(1) Dans un ouvrage récent, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, Paris, 1858, p. 345 à 411, M. W. de Scanzoni a consacré, aux tumeurs ou kystes de l'ovaire, un long chapitre que l'on consultera avec intérêt.

§ I[er]. — Siége.

Quand ces kystes ont encore un petit volume, la grosseur d'un œuf, d'une pomme ou du poing, ils sont, en général, engagés dans le petit bassin. Plus tard, en se développant, ils remontent au-dessus du détroit supérieur du bassin, et vont se placer dans une des fosses iliaques. Dans la presque totalité des cas, ils sont situés du côté de l'organe malade. Ils sont à droite, par exemple, si c'est l'ovaire droit qui a été leur point de départ. Il existe cependant, dans la science, des faits dans lesquels le kyste était situé dans la fosse iliaque opposée à son point de départ : tel est le cas de M. Dutard (1), qui sera rappelé à propos du traitement des kystes ovariques. Parfois le kyste, en se développant, ne quitte qu'en partie le petit bassin, de sorte qu'il présente alors une masse plus ou moins étendue au-dessus du détroit supérieur, et une portion rétrécie, allongée, dans l'excavation pelvienne.

§ II. — Forme.

Leur forme est variable. Le plus souvent arrondis ou ovalaires, les kystes ovariques sont quelquefois bosselés. Ils rappellent par leur disposition la forme du rein chez certains animaux : le bœuf, par exemple. *A l'intérieur*, les uns n'offrent qu'une seule loge; d'autres, au contraire, présentent un nombre de poches plus ou moins considérable : de là la distinction importante des kystes de l'ovaire en kystes *uniloculaires*, *pluriloculaires*, *aréolaires* ou *vésiculaires*.

Les kystes *uniloculaires* sont les plus fréquents. J'en rapporterai quelques exemples quand j'étudierai leur contenu, et ils pourront servir de type pour la description de ces tumeurs. La *capacité* de la poche est des plus variables, depuis un verre, un litre, dix, vingt, quarante litres, et même davantage. Le kyste est quelquefois simple, d'autres fois *cloisonné* et divisé en un nombre de loges plus ou moins considérable, communiquant entre elles par des ouvertures larges par place, ou bien comme taillées à l'emporte-pièce. Ces séparations sont, dans certains cas, à peine sensibles; dans d'autres, au contraire, très étendues, et l'on peut même parfois se demander si le kyste n'a pas été primitive-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1850.

ment multiloculaire, et si les différentes loges ne se sont pas spontanément rompues dans une poche commune. On verra plus loin, à propos de la structure des kystes de l'ovaire, un fait de M. Boscredon qui présente cette curieuse disposition. Tel est encore le fait cité par M. Barth, dans une des séances de l'Académie. M. Barth a trouvé à la Salpêtrière un exemple de kyste à loges multiples, communiquant entre elles à l'aide d'ouvertures arrondies plus ou moins grandes. L'intérieur de la poche est parfois lisse, parfois au contraire il est parsemé de *tumeurs végétantes* plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses, et que nous étudierons en traitant des kystes composés.

Les kystes *multiloculaires* sont constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes, sans communication les unes avec les autres. Ils sont plus rares que les précédents, plus fréquents que ceux dont il sera question un peu plus bas. Le nombre de loges est très variable; il y en a quelquefois deux, trois ou quatre. M. Dubreuil en a compté jusqu'à dix-huit et vingt. Parmi ces poches, il en est qui sont plus développées, d'autres au contraire qui existent à l'état rudimentaire. A côté d'un grand kyste, il y a pour ainsi dire une pépinière de petits kystes. Dans des cas semblables, les petites poches peuvent passer inaperçues sur le vivant; mais à peine a-t-on vidé une première poche, que les autres grandissent et se développent à leur tour. Quelquefois tous les kystes peuvent offrir un même volume, ou à peu près. Pour vider toutes les poches, il faut les ouvrir successivement; cependant il n'est pas rare, dans ces tumeurs, de trouver plusieurs loges communiquant entre elles par des ouvertures comme taillées à l'emporte-pièce. Cette variété est en quelque sorte le trait d'union entre les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires. Les kystes multiloculaires, à loges petites, nous conduisent au contraire à l'espèce suivante.

Dans les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires*, l'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles ou vésicules de capacité très diverses, communiquant les unes avec les autres ou séparées par une cloison commune et indépendante. Dans le premier cas, la disposition du kyste rappelle assez bien la disposition des tissus érectiles; dans le second, elle ressemble plutôt à une grappe de raisin dont tous les grains

seraient rapprochés les uns des autres. Ces tumeurs sont assez rares. M. Cruveilhier (1) rapporte l'exemple suivant :

..... Cette hydropisie enkystée de l'ovaire avait été prise pour une ascite, et cependant la fluctuation était obscure. La ponction ayant paru nécessaire, et une première ponction n'ayant donné issue à aucun liquide, on eut immédiatement recours à une deuxième, qui fut sans résultat, puis à une troisième, qui amena une cuillerée de liquide gélatineux, jaunâtre, et démontra l'inutilité de nouvelles tentatives. La malade s'éteignit le lendemain. A l'*ouverture*, on trouva que la tumeur remplissait la presque totalité de l'abdomen, refoulant en haut le foie, l'estomac et l'arc du côlon, et par conséquent le diaphragme; comprimant les intestins grêles, qui avaient été repoussés derrière elle, de chaque côté de la colonne vertébrale, et plongeant, d'une autre part, dans le petit bassin, en se moulant sur l'angle sacro-vertébral.

Cette tumeur était irrégulièrement bosselée, libre de toutes parts, excepté du côté de l'utérus, qui occupait sa partie antérieure et supérieure, et qui était considérablement déformé, obliquement allongé de gauche à droite, sans doute à cause des tractions exercées par la tumeur sur son angle supérieur droit. A gauche, on reconnaissait très bien le ligament large non déformé, la trompe utérine, l'ovaire atrophié, le ligament rond deux fois plus volumineux que celui de l'autre côté, et il était aisé de voir que l'hypertrophie et l'allongement du ligament rond gauche tenaient à la traction exercée sur lui par la tumeur. A droite, on voyait également le ligament rond, la trompe utérine verticalement dirigée de haut en bas, et sillonnant la partie antérieure de la tumeur; on put distinguer toutes les franges de la trompe qui étaient libres, moins une qui était adhérente. A droite aussi on reconnaissait parfaitement le ligament large déformé, et même le ligament de l'ovaire; mais point d'ovaire droit, et à sa place l'énorme tumeur; cette tumeur, inégalement bosselée à sa surface, parcourue par un grand nombre de vaisseaux veineux très volumineux, très flexueux, aplatis, était divisée par des cloisons plus ou moins complètes en un nombre prodigieux de compartiments ou loges, subdivisées encore par des cloisons secondaires ou brides incomplètes. Ces loges, d'inégale capacité, communiquaient toutes entre elles au moyen d'ouvertures circulaires étroites, faites comme par emporte-pièce. Les parois des cellules étaient parcourues par des veinules extrêmement multipliées. La matière contenue était semblable à de la gelée transparente, offrant çà et là une teinte jaunâtre, verdâtre, et dans quelques points une couleur blanche, semblable à du blanc d'œuf à moitié cuit. Cette matière s'écoulait lentement des larges ouvertures pratiquées aux parois de la poche, ce qui explique pourquoi elle n'avait pas pu être évacuée par la ponction.

La texture des parois des cellules est dense et fibreuse : ces parois résistent à la traction, à la manière du tissu fibreux; dans quelques points, les cloisons intermédiaires semblent tenir le milieu entre le tissu fibreux et le cartilage.

Ce kyste présentait ceci de remarquable, qu'à côté de masses de tissu aréolaire on rencontrait de très vastes cellules, en sorte qu'il établit, pour ainsi dire, *le passage entre les kystes multiloculaires et les kystes aréolaires.*

Parfois ces kystes présentent une ou plusieurs loges d'une capacité considérable, et un tissu aréolaire ou vésiculaire dans une certaine étendue. Tel est le fait suivant, qui se rapproche tout à fait des kystes

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 422.

multiloculaires, dont une ou plusieurs poches se sont développées pendant que les autres sont restées à l'état rudimentaire.

On ne pouvait douter que ce kyste n'eût été formé aux dépens de l'ovaire droit, car il tenait à l'utérus à l'aide d'un cordon fibreux long et grêle, lequel naissait du bord correspondant de l'utérus, dans le lieu précis d'où se détache le ligament de l'ovaire.

La tumeur ovarienne présentait deux parties bien distinctes :

1° *Un grand kyste uniloculaire* qui formait le tiers supérieur de la tumeur.

2° *Un tissu aréolaire* qui constituait les deux tiers inférieurs de cette tumeur, et dont la coupe a été figurée avec beaucoup d'exactitude. (La planche 1re de la XXVe livraison, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, rend bien mieux que je ne pourrais le faire par une description toutes les variétés de forme et d'aspect que présentent les cellules qui formaient deux groupes bien distincts, l'un supérieur, l'autre inférieur, susceptibles de séparation.) Ces cellules, qui représentent assez bien une ruche à miel, étaient toutes remplies d'un liquide albumineux ayant la consistance du blanc d'œuf, transparent dans l'immense majorité des cellules, brunâtre ou noirâtre dans quelques-unes.

La coupe présente des cellules complétement fermées et des cellules communicantes. Il est aisé de voir que la plupart de ces cellules sont complétement isolées les unes des autres ; que, lorsqu'elles communiquent entre elles, c'est toujours en petit nombre; que les orifices de communication sont petits et faits comme avec un emporte-pièce. Les cloisons de séparation de ces cellules sont toujours composées de deux lamelles, dont chacune appartient à la cellule correspondante. Ces lamelles fibreuses sont très résistantes, dures, transparentes : ici très ténues, là plus épaisses.

Les cellules les plus considérables, et surtout les cellules oblongues, présentent souvent des valvules ou replis, tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires à leurs parois; quelquefois on voyait deux valvules juxtaposées, qui représentaient exactement la disposition des valvules veineuses (1).

Enfin, il n'est pas très rare de trouver de ces masses aréolaires ressemblant au gâteau placentaire, développées dans les parois des grands kystes ovariques. J'en rapporterai un exemple curieux, en parlant des kystes composés.

§ III. — Structure.

Les parois des kystes ovariens sont ordinairement formées de deux couches; c'est une membrane fibro-séreuse; mais la couche fibreuse, qui double la couche séreuse, peut quelquefois atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur (dans le cas de kystes simples, bien entendu, car nous parlerons plus loin des kystes composés). Dans ces cas, la ponction, surtout avec un gros trocart, peut être fort dangereuse ; l'ouverture pratiquée au kyste ne se ferme pas ; un épanchement a lieu dans la cavité

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 423.

abdominale : de là une péritonite suraiguë et des accidents promptement mortels. On peut expliquer ainsi la rapidité avec laquelle arrive quelquefois la mort, après une simple ponction, dans certains kystes ovariens.

Je citerai à ce sujet l'observation suivante, que j'ai recueillie salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau (1853) :

Grand kyste séreux de l'ovaire droit; petits kystes vésiculaires dans ses parois; tumeur assez solide, aréolaire; parois épaisses; ponction; péritonite; mort. — Cette femme, âgée de vingt-huit ans, est entrée à l'hôpital le 8 juillet 1853. Elle est d'une constitution considérablement affaiblie et vieillie, tant par sa maladie que par des chagrins domestiques. Elle paraît avoir été assez bien portante, mais faible jusqu'à vingt ans. Ses menstrues apparurent à dix-sept ans pour la première fois, mais elle ne fut bien réglée qu'à vingt ans. Mariée à vingt-quatre ans, elle paraît n'être point devenue enceinte; mais elle fit, immédiatement après son mariage, une maladie grave, qui fut l'origine, dit-elle, de son mal actuel. Cette maladie était caractérisée par des souffrances vives dans le ventre, de la fièvre, des sensations de brûlure dans le bassin, une constipation habituelle, des pertes utérines fréquentes et graves, qui la forcèrent de garder le lit presque constamment pendant deux ans.

Il résulte de la lecture des consultations données à cette femme par les médecins d'Orléans qu'on aurait constaté au début une phlegmasie du péritoine, localisée dans le ligament large gauche, phlegmasie passée bientôt à l'état chronique. Cette phlegmasie fut traitée par les antiphlogistiques locaux et généraux, plus tard par les fondants (frictions avec la pommade à l'iodure de plomb; iodure de potassium à l'intérieur). Les hémorrhagies utérines furent traitées par des injections froides et le repos au lit.

Son ventre commença à grossir il y a quatre ans. Il est impossible d'apprendre par ses réponses de quel côté il s'est développé d'abord. Malgré les diurétiques les plus actifs (teinture de scille en frictions; digitale à l'intérieur), le développement de l'hydropisie, qu'on prit pour une ascite développée par l'extension de la phlegmasie du ligament large à la cavité péritonéale (*consultations*) continua de se faire. La constipation devint continuelle, malgré les purgatifs souvent répétés. (Pilules purgatives avec le calomel, la coloquinte et l'huile de croton.)

Une ponction fut faite il y a trois ans. Il est sorti, paraît-il, sept ou huit litres de liquide. Depuis son ventre a grossi insensiblement, mais d'une manière continue.

Le ventre présente aujourd'hui la forme d'un ovoïde assez régulier, saillant au-dessus du pubis de 30 centimètres environ, semblant s'élever en haut, obliquement de gauche à droite, jusqu'au-dessous du sternum. Il déborde les flancs des deux côtés. Le ventre donne, à la percussion, une matité complète dans toute son étendue, de haut en bas, à gauche et sur la ligne médiane.

A droite, dans la région hypochondriaque, existe une saillie qui semble entée sur la tumeur, et déborde le plan latéral du tronc. Elle est globuleuse, un peu plus grosse que la tête d'un adulte, sonore à la percussion. La malade y ressent de temps en temps de la gêne et des gargouillements. C'est probablement la masse intestinale.

Du reste, *le flot du liquide* est parfaitement perçu d'un côté du ventre à l'autre par une percussion légère. Les parois du ventre, lisses et tendues, présentent quelques veines superficielles développées, mais elles ne sont point infiltrées.

Il n'y a point d'œdème des membres inférieurs.

État général. — Par suite du développement de la tumeur, les fonctions digestives sont troublées. Les digestions sont laborieuses. La constipation est opiniâtre. L'estomac est le siége d'une exhalation de gaz abondante et pénible. L'ingestion des aliments et des boissons augmente la gêne et la tension du ventre, et cause souvent des douleurs.

La sécrétion urinaire est diminuée ; l'excrétion des urines, épaisses, est difficile.

La respiration est gênée considérablement. La malade ne peut se tenir que debout ou assise, le tronc renversé en arrière.

La face est pâle, altérée, amaigrie ; la peau est sèche, aride ; la soif vive.

La malade passe ses nuits dans une insomnie presque complète, ou son sommeil est interrompu par des rêves pénibles.

Elle a en ce moment ses règles, qui sont survenues le 3 juillet, après un retard de quinze jours. A cause de cette circonstance, on n'explore point l'utérus.

Après quelques jours de séjour à l'hôpital, on put constater l'abaissement de cet organe, qui paraissait également rétrofléchi.

Les 11 et 12 juillet, l'anxiété de la malade devint extrême, la respiration plus difficile. Son estomac, distendu par les gaz, était douloureux. Les membres inférieurs s'infiltraient de sérosité. On se décida à faire la ponction, qui fut pratiquée le 13.

Cette *ponction* fut faite du côté droit au lieu d'élection, mais avec un gros trocart. Elle causa de violentes douleurs. La pointe du trocart parut toucher dans la fosse iliaque un corps solide. Du reste, il n'y eut aucun accident. On retira du kyste environ *vingt litres* d'un liquide blanc, un peu jaunâtre, légèrement filant, contenant beaucoup d'albumine. La petite plaie est fermée avec quelques plaques de diachylon, et le ventre est soutenu par une serviette modérément serrée.

A quatre heures et demie du soir, la malade se plaignit de quelques coliques peu violentes, d'une envie d'uriner constante, sans pouvoir la satisfaire. Du reste, elle n'avait point de fièvre.

Le 14, elle passa une mauvaise journée.

Le 15, le pouls était filiforme, la figure anxieuse, abattue, pâle, les lèvres violettes, les yeux enfoncés, entourés d'un cercle noirâtre, la soif vive, le ventre très douloureux. Un vésicatoire volant fut mis sur le ventre. On donna à la malade une potion avec 30 grammes de sirop de morphine et de l'eau de Seltz.

La mort arriva à quatre heures du soir.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouva un vaste kyste occupant tout l'abdomen, adhérent dans beaucoup de points. Ce kyste occupait l'ovaire droit, dont on ne trouvait point de traces. Les replis péritonéaux du ligament large étaient bien distincts ; la trompe pouvait être suivie jusqu'à la tumeur, mais la dissection n'ayant point été faite, les rapports du pavillon et son état particulier ne purent être étudiés avec soin.

L'utérus était normal, l'ovaire gauche atrophié.

Le kyste fendu présenta des *parois de plus d'un centimètre d'épaisseur*, tapissées par une membrane veloutée, tomenteuse, comme muqueuse. Ces parois présentaient dans leur épaisseur un nombre très grand de petits kystes à différents degrés de développement, et contenaient un liquide albumineux plus ou moins dense.

Dans la paroi postérieure, on trouvait une masse d'apparence solide, ayant 1 décimètre de largeur sur 5 ou 6 centimètres d'épaisseur, constituée par un nombre infini de petits kystes agglomérés, et contenant une matière comme gélatineuse. Les autres organes ne purent être examinés.

Bien que les parois de ces kystes aient parfois, ainsi qu'on vient de le voir, une épaisseur considérable, il est impossible d'admettre, avec Dubreuil (de Montpellier), quatre couches dans leur structure : une couche séreuse, une couche fibreuse, une couche musculaire et une couche de nature particulière. Pourquoi trouverait-on des fibres musculaires dans un kyste de l'ovaire? D'où lui viendraient-elles? Ce fait n'a jamais été observé que par M. Dubreuil.

La couche superficielle, ou extérieure, est formée par le péritoine, si intimement confondu avec la couche fibreuse sous-jacente qu'il est presque impossible de les séparer nettement par la dissection. Sous cette couche séreuse, on retrouve la couche fibreuse qui, à l'état normal, forme l'enveloppe extérieure de l'ovaire. L'étude de cette couche fibro-séreuse, à part son épaisseur et les différents produits morbides qui peuvent se rencontrer dans son intérieur, n'offre rien d'intéressant.

La couche profonde ou intérieure du kyste est plus ou moins lisse; elle rappelle assez bien la membrane séreuse des cavités closes, et le microscope y retrouve assez généralement une couche épithéliale caractéristique. Il est fort difficile de séparer cette lame interne de la lame fibreuse, de façon qu'on peut dire, à la rigueur, des parois des kystes ovariens, qu'elles sont constituées par deux membranes séreuses, séparées par une couche fibreuse, mais toutes trois intimement confondues. Ces parois sont, dans quelques circonstances, fort peu épaisses et transparentes. Elles donnent alors au kyste un reflet bleuâtre.

Suivant la *nature du contenu*, la paroi intérieure subit des modifications diverses. Si le liquide est purulent, elle est fongueuse, tomenteuse, rougeâtre, et rappelle l'aspect des membranes muqueuses ou plutôt de la membrane pyogénique. Si le liquide est hématique, suivant que le sang est plus ou moins altéré, il se passe dans la poche des phénomènes si bien décrits par M. Velpeau, et plus récemment par M. Gosselin, pour les hématocèles de la tunique vaginale : tantôt des caillots fibrineux, adhérents aux parois du sac; tantôt des fausses membranes plus ou moins épaisses, formant plusieurs couches stratifiées, etc.; seulement, comme ces kystes hématiques sont très rares dans l'ovaire, on n'a que rarement l'occasion d'étudier les lésions dont je viens de parler. En voici un exemple, présenté par M. Lorain à la Société anatomique (1).

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1854.

C'est un vaste kyste de l'ovaire trouvé sur une femme de soixante ans qui a succombé dans les salles de la Clinique. C'était une ancienne sage-femme. On sentait, en palpant l'abdomen, des tumeurs multiples à gauche et à droite, les unes dures, les autres fluctuantes. Mais c'est surtout à gauche que le ventre était distendu par un énorme kyste, que l'on reconnaissait très aisément pour appartenir à l'ovaire.

A l'autopsie, on trouve des tumeurs sur l'un et l'autre ovaire : les unes sont dures et de nature fibreuse, les autres sont formées par une collection liquide. Ces dernières sont au nombre de trois ou quatre ; deux surtout sont : l'une grosse comme le poing, et occupant l'ovaire droit ; l'autre dix fois plus volumineuse, et siégeant dans l'ovaire gauche. Ce kyste est rempli d'un liquide *brun, couleur de marc de café, et formé de sérum tenant en suspension une assez grande quantité de cholestérine; ses parois sont très épaisses;* elles ont près d'un demi-centimètre. On remarque à l'intérieur, collées contre la paroi interne, des cloisons fibreuses tendues comme des cordes. Ces cordons sont, sans nul doute, les vestiges des lamelles fibreuses qui cloisonnent l'ovaire et forment la charpente du stroma.

Quelquefois la face interne du kyste est tapissée par une fausse membrane plus ou moins épaisse, sans pour cela qu'on ait rencontré un liquide sanguin dans l'intérieur de la poche. C'est dans certains cas spéciaux, où l'on a mis en usage des injections iodées pour tenter la cure radicale de la tumeur, que l'on a observé cette membrane, comparable à une plaque de cuir. Peut-être est-elle le résultat d'une action particulière de la teinture d'iode sur la paroi interne du kyste. J'ai pu étudier une pièce semblable, qui m'a été remise par mon ami le docteur Garreau, interne distingué des hôpitaux, alors dans le service de M. Briquet (1).

Une femme portait un kyste très volumineux de l'ovaire. Ponction. Sortie de 8 litres d'un liquide citrin. *Canule à demeure.* Injections iodées ou chlorurées matin et soir. La malade succombe six semaines après l'opération.

Autopsie. — Colite ulcéreuse, etc. Parois du kyste très épaisses (1 centimètre et demi). Cavité contenant à peine 1 litre à 1 litre et demi d'un liquide séro-purulent répandant une odeur assez infecte. Face interne du kyste tapissée par une fausse membrane, adhérente par places, flottante et libre en d'autres points, rugueuse, assez coriace, d'une couleur jaunâtre, et comparable à un morceau de cuir.

En dehors de ces altérations, qui sont liées pour ainsi dire à la nature intime du contenu, il en est d'autres, propres à la poche elle-même, qui ne sont pas très rares : je veux parler de *plaques cartilagineuses* ou *calcaires,* comme incrustées dans les parois des kystes ovariques. On peut même signaler avec M. Cruveilhier, en raison de sa fréquence,

(1) *Bulletins de la Société anatomique,* 1856.

une plaque cartilagineuse située à côté du point où le ligament de l'ovaire se continue avec le kyste. M. Cruveilhier rappelle (*loc. cit.*, t. III, p. 415) un exemple du kyste de l'ovaire, assez volumineux, dont les parois, épaisses de plusieurs lignes, étaient devenues ostéo-calcaires, et qui renfermait de la sérosité et une notable quantité de cholestérine. On trouve un autre fait semblable dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1855, p. 178).

Parmi les vaisseaux qui entrent dans la structure des parois des kystes de l'ovaire, les veines sont plus grosses et plus nombreuses; les artères sont peu importantes, ainsi que j'ai pu m'en assurer par plusieurs injections. Dubreuil (1) a mesuré plusieurs fois ces vaisseaux, et il a trouvé que le calibre des artères les plus grosses ne dépassait pas 3 millimètres, tandis que celui des veines variait de 4 à 8 millimètres. Les seules artères susceptibles de fournir une hémorrhagie inquiétante occupent la partie inférieure et le pédicule de la tumeur. Aussi je m'explique peu cette crainte exagérée de Delpech, qui redoutait, dans la paracentèse, de blesser les artères qui entourent le kyste.

Les veines sont disposées en deux couches. Les unes sont superficielles : ce sont surtout celles qui ont été mesurées par Dubreuil. Creusées dans l'épaisseur de la couche fibreuse, elles sont minces et rappellent assez bien les sinus de la dure-mère. Les autres, profondes, ténues, arborescentes, sont surtout bien visibles, bien appréciables, et forment des réseaux très riches sur les cloisons des kystes à loges multiples. Sur une pièce présentée à la Société anatomique par M. Boscredon, et que j'aurai encore à citer (2), on voyait par transparence, sur les diverses cloisons, des arborescences vasculaires fort riches et très irrégulièrement distribuées.

§ IV. — Contenu.

Le liquide renfermé dans ces kystes est variable. Le plus souvent, pour les kystes uniloculaires et même pour les kystes multiloculaires,

(1) *Des anomalies artérielles considérées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales.* Paris, 1847, p. 260.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 370.

c'est de la sérosité citrine, claire, ressemblant tout à fait à la sérosité de toutes les hydropisies. En voici un exemple (1).

C'était un kyste de l'ovaire trouvé sur une femme de vingt-quatre ans, morte de phthisie pulmonaire. Pendant la vie, cette tumeur donnait lieu à peu de symptômes; ce n'est qu'en palpant l'abdomen qu'on reconnut son existence, la malade ne l'ayant pas soupçonnée; elle était située sur la partie moyenne de l'hypogastre, n'était pas sentie par le vagin, mais comprimait sans doute la vessie, car elle occasionnait de fréquentes envies d'uriner.

La tumeur, qu'on trouva à l'autopsie, et qui fut mise sous les yeux de la Société anatomique, avait le volume d'une tête de fœtus à terme; elle était ovoïde, terminée en bas par un petit renflement séparé du corps de la tumeur par un sillon circulaire qui correspondait au détroit supérieur du bassin. Cette tumeur, formée par une poche nacrée, médiocrement tendue, percutée avec les deux mains placées en sens opposé, donnait la sensation d'un froissement comparable à celui que produisent souvent les hydatides. Le liquide contenu était purement séreux et non visqueux. En tendant fortement la poche par une accumulation dans une partie de sa capacité d'une grande quantité de liquide, on constate que le frémissement signalé plus haut devient beaucoup moins manifeste, et plutôt comparable à un choc brusque qu'à un déplacement successif et lent. L'ovaire gauche était appliqué sur les parois de la tumeur. Il était presque réduit à son stroma, parsemé de quelques vésicules peu développées.

Quelquefois, surtout si le kyste a déjà été ponctionné, s'il est très distendu, multiloculaire, si une ou plusieurs loges se sont rompues dans la grande poche commune, le liquide est rougeâtre, hématique; c'est une véritable hydro-hématocèle. On peut observer toutes les nuances du contenu des hématocèles : du sang mêlé d'une certaine quantité de sérum; du sang plus ou moins pur; un liquide noirâtre, brunâtre; une bouillie ressemblant à du chocolat au lait, etc.

Il n'est pas fort rare de trouver un liquide albumineux, à la manière du blanc d'œuf, ou consistant et collant, à la manière de l'eau de gomme. Tel est le fait de M. Boscredon, et que j'ai déjà signalé (2).

C'était un kyste de l'ovaire très volumineux et gélatiniforme. La femme ne s'en était aperçue que depuis quatre mois, époque à laquelle, pour la première fois, elle éprouva des douleurs dans la fosse iliaque droite. Le kyste grossit rapidement. Il n'y eut pas d'autre signe au début que ces douleurs. La menstruation fut toujours régulière.

La tumeur avait son grand diamètre, non dans le sens vertical, mais dans le sens transversal; l'utérus avait son volume et sa mobilité normale; la fluctuation était évidente. La malade fut prise de vomissements répétés. Elle succomba six ou sept jours après son entrée à l'hôpital.

L'intestin est refoulé à droite et à gauche, et se trouve presque complétement caché par la

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 392.
(2) *Ibid.*, 1854, p, 370.

tumeur. C'est ce qui explique pourquoi, pendant la vie, on avait trouvé de la matité presque partout. Deux ponctions furent faites : la première donna issue à quelques cuillerées de liquide filant; la seconde amena le même résultat.

Ce kyste était vaste et divisé en plusieurs loges, dont l'une surtout, en haut et en avant, était très grande, et contenait un liquide filant, gélatiniforme. Au-dessous de cette poche, plusieurs autres kystes de grandeur variable, remplis de la même substance, et communiquant entre eux à l'aide d'ouvertures séparées les unes des autres par des brides, des valvules, etc.

A la partie postérieure de cette poche immense, multiloculaire, un autre kyste renfermant un liquide différant du précédent par sa couleur et sa consistance, donnant à cette poche une coloration plus bleuâtre. De ce kyste part un conduit allant aboutir à l'un des angles de l'utérus. Ce kyste est un *kyste du pavillon de la trompe;* ce conduit est le canal de la trompe.

M. Verneuil a étudié la nature du liquide de la première poche. C'est une matière gélatiniforme, répandue dans les diverses loges, qui diffère de couleur, mais non de structure, suivant les endroits où on l'examine. C'est une matière colloïde amorphe; en certains points, des stries blanchâtres formées par des débris épithéliaux, des corpuscules granuleux et des gouttelettes graisseuses en petite proportion.

Lorsque le kyste a été le siége d'une inflammation, on en trouve le contenu mêlé à une quantité de pus plus ou moins grande, ou à des flocons albumineux ou pseudo-membraneux. Cette purulence du kyste peut être le résultat, ou d'un travail phlegmatique spontané survenu dans la poche, ou de manœuvres opératoires diverses. Tous les orateurs qui ont occupé la tribune de l'Académie en ont cité des exemples. Je rapporterai le fait suivant, dont le diagnostic a été assez difficile; il a été présenté à la Société anatomique par M. Eugène Nélaton (1).

C'était un kyste suppuré de l'ovaire qui s'était rompu dans la fosse iliaque et dans l'intestin. Pendant la vie, les symptômes avaient fait croire à un cancer du rectum.

La nommée M... (Élisabeth), âgée de quarante ans, entrée à l'hôpital le 18 décembre 1854, salle Sainte-Marthe, n° 2 (service de M. Chassaignac), se plaint depuis huit mois de douleurs dans le bas-ventre; depuis plusieurs mois, elle rend une certaine quantité de pus chaque fois qu'elle va à la selle. *Par le toucher rectal,* on reconnaît à 7 ou 8 centimètres une sorte de bourrelet formé de deux à trois bosselures de la grosseur d'une petite noix, d'une consistance médiocre, lisses à leur surface, et qui paraissent recouvertes par la muqueuse rectale encore intacte. L'intestin n'est pas sensiblement rétréci à ce niveau. Lorsque l'on cherche à explorer par le rectum l'état des parties latérales du petit bassin, on se sent arrêté de chaque côté, mais principalement à droite, par un plan résistant, qui paraît constitué par une masse indurée ou dégénérée, extérieure au rectum. Cette induration se prolonge vers la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle le palper abdominal parvient à la sentir assez profondément. Cette dernière exploration est assez difficile, à cause de la tension des parois du ventre, de la vive douleur que détermine la pression, et de l'empâtement des téguments qui correspondent à la fosse iliaque.

(1) *Bulletins de la Société anatomique,* 1855, p. 463.

Le *toucher vaginal* ne dénote aucune autre particularité; le col utérin est parfaitement sain, mais peu mobile.

Les fonctions digestives sont notablement troublées, l'appétit presque nul; la malade est tourmentée d'une diarrhée peu abondante, mais persistante; les forces sont abattues; le teint est pâle, mais sans offrir la nuance caractéristique de la cachexie cancéreuse.

M. Chassaignac pense qu'il s'agit d'un cancer du rectum avec engorgement des tissus environnants, et particulièrement des ganglions lymphatiques. Cependant il essaye le traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium à l'intérieur; il fait faire au niveau de la fosse iliaque des frictions toutes les deux heures avec la pommade iodurée. Cataplasmes et lavements laudanisés.

Néanmoins l'état général continue à empirer; en février 1855, l'appétit est complétement perdu; la malade continue à rendre du pus dans les selles; la diarrhée persiste.

Le 15 février, *par la palpation* au niveau du pli de l'aine du côté droit, on perçoit assez profondément une sensation de gargouillement comme celle que donnerait un mélange de liquide et de gaz; le lendemain, ce phénomène n'était plus appréciable.

Dans les derniers jours de février, l'affaiblissement fait de nouveaux progrès; le ventre est tendu et douloureux dans presque toute son étendue; la malade ne prend aucune nourriture et vomit plusieurs fois par jour; les membres inférieurs, particulièrement celui du côté droit, s'infiltrent dans toute leur longueur. Le 4 mars, la malade succombe.

Autopsie vingt-six heures après la mort. Traces de péritonite, principalement dans la moitié inférieure de l'abdomen; deux ou trois verres de sérosité dans le péritoine; arborisations vasculaires sous-péritonéales, disséminées; adhérences assez nombreuses des anses intestinales, surtout au voisinage du petit bassin.

A la partie supérieure de la cuisse droite, au-dessous de la moitié externe de l'arcade crurale et sous l'aponévrose fémorale, existe une cavité du volume d'un petit œuf, à parois noirâtres, remplie de pus et de gaz et se prolongeant au-dessous du ligament de Fallope, jusque dans la fosse iliaque et même jusque dans le ligament large.

Dans l'aire du détroit supérieur, on distingue : en avant, le fond de l'utérus, avec son aspect normal; en arrière, deux tumeurs arrondies, fluctuantes, inégales entre elles, qui remplissent presque à elles seules le reste de l'excavation; l'une, à droite, du volume d'une très grosse orange, est circonscrite par des parois résistantes, fibreuses, blanchâtres à l'extérieur. On constate, à l'aide d'une incision, que l'épaisseur de cette enveloppe est de 3 à 4 millimètres environ; que sa surface interne est noirâtre, tomenteuse, et que sa cavité est remplie par des gaz et une certaine quantité de pus. La deuxième tumeur, du volume d'un œuf de dinde, située en arrière et à gauche, offre des parois très minces et complétement transparentes, qui laissent apercevoir un liquide citrin.

Ces deux tumeurs, développées à la face postérieure des ligaments larges, sont liées au rectum et à la face postérieure de l'utérus par d'étroites adhérences pseudo-membraneuses; en outre, une anse de l'S iliaque s'insinue dans une petite excavation infundibuliforme, formée par la rencontre des deux kystes avec le corps de l'utérus, et y adhère fortement.

La pièce étant enlevée, on reconnaît par la dissection que l'utérus, le vagin et même le rectum sont parfaitement sains, mais enveloppés de tissus cellulo-graisseux renfermant des noyaux d'induration dans certains points, tissu qui, conjointement avec les kystes voisins, faisait probablement saillie dans le rectum pendant la vie, de manière à simuler une tumeur de cet organe. La muqueuse de l'S iliaque et du rectum est un peu épaissie et d'une teinte blanchâtre.

Dans l'épaisseur des ligaments larges, également engorgés et épaissis, on distingue en avant les ligaments ronds et les trompes utérines, mais il n'existe aucune trace du tissu normal des ovaires, ce qui démontre d'une manière à peu près certaine que les deux kystes qui en tiennent lieu se sont développés aux dépens des ovaires. A la partie inférieure du kyste gauche se trouve annexé un autre kyste analogue, de la grosseur d'une noix.

Il est difficile de se rendre compte de la cause qui a pu déterminer la suppuration du kyste du côté droit, qui très probablement a dû être, à son début, de même nature que celui du côté gauche. En explorant avec soin sa cavité, on découvre vers la droite un petit orifice de 3 à 4 millimètres de diamètre, qui le met en communication avec l'abcès de la cuisse prolongé dans la fosse iliaque ; une autre communication existe entre le kyste purulent et l'intestin, au niveau de l'anse intestinale adhérente déjà mentionnée, ainsi que le prouve la présence d'un petit trajet fistuleux d'une teinte noirâtre, traversant toute l'épaisseur de cette anse intestinale. Cette communication cependant n'est pas directe entre l'intestin et le kyste, mais s'effectue par l'intermédiaire d'un canal de la longueur du petit doigt, s'étendant depuis l'espèce d'infundibulum occupé par l'anse intestinale jusque dans le foyer purulent de la fosse iliaque droite, en passant au-dessous du kyste suppuré et en traversant ainsi toute l'étendue du ligament large. Cette communication explique parfaitement la présence du pus dans les selles et des gaz dans les foyers de suppuration.

Il arrive parfois que la nature du liquide contenu dans un kyste *change d'une ponction à une autre*. Ce phénomène n'est pas très rare pour les kystes primitivement séreux ou hématiques qui deviennent purulents.

Le fait suivant est remarquable à ce point de vue, et aussi par la rupture d'une des poches de la tumeur et les adhérences qui unissaient cette dernière à l'épiploon et à la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

Une femme de trente-deux ans, qui n'a jamais eu d'enfants, portait depuis plusieurs années une tumeur dans le ventre. Cette tumeur, au mois de mars 1855, fut reconnue pour un kyste de l'ovaire et ponctionnée. Il s'écoula un litre de liquide épais, de couleur chocolat ; on fit ensuite une injection de teinture d'iode, et la malade quitta l'hôpital quelques jours après.

Depuis cette époque, cette femme a toujours eu des douleurs dans le ventre ; à différentes reprises, elle a eu des accès de fièvre avec un peu de frisson et des sueurs assez abondantes.

Au mois de juillet 1856, elle est entrée à la Pitié, au n° 23 de la salle Saint-Jean, service de M. Maisonneuve.

Dans la fosse iliaque droite, on trouve une tumeur non bosselée, fluctuante, montant jusqu'à l'ombilic, dépassant la ligne médiane de 3 centimètres.

Par une *première ponction*, pratiquée le 9 juillet, on fit sortir 600 à 700 grammes de *pus* mêlé de fausses membranes. Une canule, qu'on avait laissée à demeure dans l'intention de faire des injections, se déplaça dans la journée. Il fallut donc attendre que le kyste fût assez volumineux pour être de nouveau ponctionné.

Le 5 août, ponction avec un trocart très gros, dont la canule peut être fixée par un méca-

nisme particulier. Il s'écoule 300 à 400 grammes de *pus* mal lié, mais non fétide. Injection d'eau tiède.

Les jours suivants, il y a des douleurs dans toute l'étendue de la tumeur, peu de réaction générale. C'était une inflammation du kyste.

Le 10 août, dans la soirée, douleurs très vives dans l'abdomen ; 108 pulsations, envies de vomir, etc. Il est difficile de ne pas reconnaître une péritonite.

La malade meurt trois jours après. L'autopsie vient confirmer le diagnostic, en montrant dans l'abdomen des fausses membranes et un épanchement de pus.

Le kyste a pour point de départ l'ovaire du côté droit. Son volume est celui d'une tête d'adulte ; ses parois ont un centimètre d'épaisseur. En avant, il est intimement uni à l'épiploon et à la face postérieure des parois abdominales, dans une étendue de 6 centimètres, tout autour de l'orifice fait par le trocart. La face interne est rugueuse. Il est évident qu'il y a là des fausses membranes qui doublent les parois primitives des kystes. Vers la ligne médiane, on trouve deux poches du volume d'une orange, séparées l'une de l'autre et du kyste principal par des parois épaisses, qui ressemblent à des fausses membranes organisées ; l'une de ces poches est rompue, les bords de l'ouverture sont noirâtres, déchiquetées, gangréneux. L'autre poche contient du pus.

On peut penser qu'il y a eu primitivement un seul kyste ; que le cloisonnement est postérieur à la première injection de teinture d'iode et tient à la sécrétion des fausses membranes.

Ce fait nous paraît encore démontrer l'influence que peut avoir l'inflammation d'une poche sur les autres, dans un kyste multiloculaire. Le kyste qui s'est rompu n'avait pas été en contact avec l'instrument.

C'est l'épanchement de la matière qu'il contenait qui a produit la péritonite.

Il arrive aussi qu'une première ponction donne lieu à un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et une seconde un liquide sanguinolent ou purement séreux. Un liquide séreux, à une première ponction, peut être remplacé par un liquide gélatineux aux ponctions suivantes. « Il » est rare de voir, dit M. Cruveillier, un liquide, filant à la première » ponction, devenir séreux aux ponctions suivantes. » Mais enfin, pour être rare, le fait n'est pas impossible. J'enregistre avec soin cette affirmation. Venant d'un observateur aussi rigoureux, aussi consciencieux que M. Cruveilhier, cette assertion a une grande valeur, et nous verrons plus loin qu'elle peut fournir des indications précieuses pour le traitement de ces tumeurs.

Enfin certains kystes, surtout les kystes hématiques, renferment de la *cholestérine* en plus ou moins grande quantité.

Le fait suivant, que j'emprunte à M. Cruveilhier, est le résumé com-

plet des altérations que peuvent offrir à l'observateur les kystes simples de l'ovaire.

Anatomie pathologique d'un énorme kyste séreux ovarique uniloculaire. — Ce kyste, qui appartenait à l'ovaire gauche, atteignait l'épigastre par son extrémité supérieure ; par sa partie inférieure, il reposait sur le détroit supérieur comme sur une base et plongeait par une portion rétrécie, à la manière d'un appendice, dans l'excavation du petit bassin qu'il remplissait en grande partie.

1° *Rapports du kyste avec les parties environnantes.* — Ce kyste était en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure, dans toute la portion correspondante de sa circonférence.

L'utérus, qui était situé au devant de la partie inférieure de kyste, avait subi une déformation avec déviation extrêmement remarquable. Cet organe avait été entraîné obliquement en haut et à gauche par la trompe utérine gauche, et en même temps il avait subi dans la moitié gauche de son corps un allongement très considérable, de telle façon que cette moitié gauche du corps de l'utérus avait la forme d'un cône aplati se continuant sans ligne de démarcation avec la trompe, et représentait exactement une corne utérine des femelles à utérus bifide. La moitié droite du corps de l'utérus n'avait subi aucune élongation, aucune altération dans sa forme.

Le col utérin était sans museau de tanche ; la traction en haut qu'il avait subie, avait complétement effacé sa portion vaginale. Le vagin se terminait supérieurement par un cul-de-sac, au milieu duquel se voyait l'orifice vaginal de l'utérus.

L'utérus occupait donc la région antérieure du kyste, et nous verrons plus bas que c'est le rapport habituel de cet organe.

La trompe utérine, antérieure à l'ovaire, dans sa position normale, occupait également la région antérieure du kyste ; prodigieusement allongée, cette trompe se portait obliquement en haut et à gauche, à la manière d'une corde faisant suite à la corne utérine dont elle semblait le prolongement sans ligne de démarcation. Cette trompe se distinguait du kyste par un repli péritonéal falciforme, vestige de l'aileron moyen du ligament large. Des adhérences lâches unissaient dans divers points ce repli falciforme à la face antérieure du kyste.

La vessie avait subi une déviation légère. Sa portion gauche avait été entraînée en haut avec l'utérus. Les uretères parcouraient horizontalement les parties latérales et inférieures du kyste.

Quant à la portion pelvienne du kyste, elle était intermédiaire au vagin, qui était en avant, et au rectum, qui était en arrière ; des liens celluleux assez lâches unissaient la partie supérieure du rectum à la partie correspondante du kyste : de telle façon que si la tumeur avait continué à faire des progrès dans le bassin, elle aurait pu, d'une part, refouler en arrière la paroi antérieure du rectum dans la cavité de cet intestin, et, d'une autre part, refouler en avant la paroi postérieure du vagin ; or, la résistance du sacrum s'opposant au refoulement de la paroi antérieure du rectum, tout l'effort de l'accroissement de la tumeur s'était porté en avant, si bien que la paroi postérieure du vagin avait été refoulée dans la cavité du vagin jusqu'à la vulve, et constituait ce qu'on appelle *une hernie vaginale*, laquelle hernie vaginale n'était autre chose qu'un déplacement par invagination de la paroi postérieure du vagin.

Comme complément de l'histoire des rapports du kyste de l'ovaire avec les viscères abdominaux, j'ajouterai : 1° que l'hypochondre gauche contenait l'estomac, la rate, la moitié gauche de l'arc du côlon et la presque totalité de l'intestin grêle ; 2° que l'hypochondre droit contenait le foie et la moitié droite de l'arc du côlon ; 3° que le cæcum, les côlons ascendant et descen-

dant, l'S iliaque et le rectum étaient seuls restés en place; 4° qu'au cæcum aboutissait, par un trajet rectiligne oblique de haut en bas et de gauche à droite, l'intestin grêle qui parcourait la face postérieure du kyste; 5° qu'il n'y avait pas vestige de l'ovaire gauche, aux dépens duquel le kyste était bien évidemment formé; que l'ovaire droit présentait lui-même un kyste du volume d'un œuf de dinde; que ce petit kyste était situé derrière l'utérus, au-devant du grand kyste.

Or, si l'on pouvait, à la rigueur, contester l'origine ovarienne du grand kyste, le doute serait impossible par l'ovaire droit.

Tels sont les rapports de ce kyste de l'ovaire. Je passe à sa structure.

2° *Structure du kyste.* — Quant à la structure du kyste ovarien, dont je viens d'indiquer les rapports, ce kyste présentait une couleur blanche opaline sur laquelle tranchaient, par leur couleur, une innombrable quantité de vaisseaux superficiels remplis de sang.

Ces vaisseaux étaient considérables, aplatis, à parois extrêmement minces, largement ramifiés, dépourvus de flexuosités et présentant tous les caractères apparents des vaisseaux veineux. Les vaisseaux les plus considérables occupaient la région postérieure du kyste; tous les vaisseaux de cette région postérieure convergeaient de haut en bas vers un tronc veineux considérable, qui se détachait inférieurement du kyste auquel il était uni par du tissu cellulaire, et qui allait se rendre, soit dans une veine hypogastrique, soit dans une veine ovarienne. La direction verticale de haut en bas de ce tronc veineux milite en faveur de la veine hypogastrique.

Des vaisseaux beaucoup moins considérables, toujours d'apparence veineuse, se voyaient à la région antérieure du kyste, parcouraient sans flexuosités cette région, formant, à l'aide de leurs anastomoses, par inosculation, comme autant de cordes ou d'ellipses, et se portaient en majeure partie de bas en haut pour aller se jeter dans les vaisseaux veineux de la région postérieure. Un petit nombre de ces vaisseaux veineux de la région antérieure se dirigeaient de haut en bas pour aller se jeter dans quelques veines utérines.

Ces vaisseaux veineux étaient disposés suivant deux couches, savoir : une couche superficielle sous-péritonéale, qui était formée par les vaisseaux les plus considérables; une couche profonde à laquelle appartenaient les vaisseaux d'un moindre calibre.

Il m'a été facile de séparer le kyste en deux lames ou couches bien distinctes, l'une superficiene, l'autre profonde.

1° La couche superficielle, qui était la plus mince, revêtue par le péritoine qui lui était intimement uni, contenait dans son épaisseur les troncs veineux les plus considérables; on aurait dit des sinus veineux analogues à ceux de la dure-mère; la paroi superficielle de ces sinus était tellement ténue, qu'elle paraissait constituée par le péritoine seul.

2° La couche fibreuse, profonde, très dense, très épaisse, très résistante, présentait à sa face interne, qui était en contact avec le liquide, une multitude innombrable de vaisseaux rameux, peu considérables, qui paraissaient à nu; ces vaisseaux avaient tous l'apparence veineuse; les vaisseaux qui en émanaient, traversaient la couche fibreuse profonde pour se jeter dans les veines superficielles. Le liquide contenu dans la poche était séreux, parfaitement limpide, et, comme de coutume, très chargé en albumine.

La portion pelvienne du kyste avait des parois beaucoup moins épaisses que le reste du kyste, aussi était-elle transparente; une multitude de faisceaux fibreux, disposés suivant diverses directions, étaient tassés tout autour de la base de cette espèce d'appendice, et lui formaient une espèce de collet.

§ V. — **Rapports généraux des kystes de l'ovaire.**

Les rapports des kystes ovariques varient suivant leur siége, leur forme, leur volume. C'est ainsi qu'un kyste récent et enclavé dans le petit bassin aura avec le rectum, le vagin et la vessie, des rapports importants, qui disparaîtront en grande partie quand la tumeur aura franchi le détroit supérieur pour occuper la cavité abdominale proprement dite. C'est ainsi qu'un kyste affectera plus spécialement certains rapports avec le cæcum, s'il occupe l'ovaire droit, l'S iliaque du côlon, s'il a pour siége l'ovaire gauche, etc. Il est rare de trouver à gauche un kyste qui a eu son point de départ dans l'ovaire droit, et réciproquement. On trouve cependant des exemples d'inversion semblable, et j'en ai plus haut indiqué un exemple.

J'examinerai successivement les différents rapports que peut présenter un kyste ovarique avec : les *parois abdominales*, l'*intestin grêle*, le *gros intestin*, le *grand épiploon*, la *vessie*, les *uretères*, les *trompes*, les *ligaments ronds*, l'*utérus*, le *vagin*, les *vaisseaux et nerfs* qui occupent la cavité abdominale, le *détroit supérieur du bassin* ou l'*excavation pelvienne*.

I. — Les kystes de l'ovaire sont en rapport avec la face profonde de la *paroi abdominale* du moment qu'ils sont assez développés pour sortir du détroit supérieur du bassin. Ils refoulent en haut l'intestin et viennent toucher la paroi abdominale dans presque tous ses points. De même que l'utérus chargé du produit de la conception, les kystes ovariques sont placés immédiatement (presque toujours du moins, ainsi que nous le dirons plus bas), derrière la paroi abdominale ; quand le ventre est flasque et mou, ou quand la tumeur est volumineuse et bien tendue, on voit, dans la position horizontale, le kyste ovarique dessiner ses contours, sa forme, à travers la paroi abdominale. La percussion sur le vivant, l'examen direct sur les cadavres, ne laissent aucun doute sur ce point.

Mais les rapports avec la paroi abdominale varient suivant qu'il existe un seul kyste, ou que les deux ovaires sont malades en même temps. Les rapports avec la paroi abdominale n'ont pas lieu sur la ligne médiane, mais le kyste ordinairement est situé un peu en dehors, à gauche ou à droite de la ligne blanche. Il arrive parfois cependant que la tumeur est placée tout à fait au milieu de la paroi abdominale ; le

plus souvent alors il y a deux ou plusieurs kystes appartenant à l'ovaire droit et à l'ovaire gauche, qui se sont rejoints et semblent ne constituer qu'une seule masse. Nous parlerons plus loin des adhérences qu'on peut rencontrer entre ces kystes et les parois abdominales, car ce sujet m'a paru assez important pour occuper un chapitre spécial.

II. — En raison de la disposition et de la plus ou moins grande mobilité des diverses parties de l'*intestin*, les rapports des kystes de l'ovaire sont différents pour l'intestin grêle et le gros intestin.

A. — L'*intestin grêle* est toujours refoulé en haut et en arrière du kyste, et le plus ordinairement on trouve le paquet intestinal dans l'hypochondre gauche, au-devant et au-dessous de l'estomac quand la tumeur remonte jusqu'à l'épigastre. C'est l'intestin grêle alors qui se présente le premier, quand on ouvre la paroi abdominale. L'*arc du côlon* partage le sort de l'intestin grêle. Il est refoulé en haut. Sa moitié gauche est presque accolée à l'estomac ; sa moitié droite est reçue dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie. Dans quelques circonstances, quand le kyste ovarique n'est pas très volumineux, ou quand le côlon est fortement distendu par des gaz, l'intestin grêle, plissé, ratatiné, est resserré entre le côlon et le kyste, et c'est cette partie du gros intestin qui se présente la première à l'autopsie.

B. — Le *cæcum*, les *côlons ascendant* et *descendant*, l'*S iliaque*, le *rectum*, restent en place et sont situés en arrière ou un peu sur les parties latérales du kyste. Ici encore la percussion sur le vivant et l'examen direct du cadavre permettent de bien apprécier cette position de l'intestin. On a cependant vu quelquefois, et M. Cruveilhier a noté cette circonstance dans son bel ouvrage d'anatomie pathologique, on a vu, dis-je, le cæcum et le côlon ascendant refoulés en haut et en arrière dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie, avec la partie droite du côlon transverse. Le kyste, en se développant, avait détaché l'intestin de la paroi abdominale postérieure. Cette particularité, du reste, s'explique bien, si l'on se rappelle les diverses dispositions que le péritoine peut affecter pour le cæcum.

A côté de ces rapports généraux des kystes ovariques avec le gros intestin viennent se placer les rapports variables de ces tumeurs avec le *cæcum*, l'*S iliaque*, le *rectum*, suivant que le kyste a pour siége tel ou tel ovaire.

Si la tumeur occupe l'ovaire droit, c'est le cæcum et le côlon ascendant qui sont en rapport avec elle ; si elle a son siége dans l'ovaire gauche, à moins d'une inversion, comme celles que j'ai déjà signalées, c'est l'S iliaque, le côlon descendant et le commencement du rectum qu'on retrouve derrière elle. Ces portions de l'intestin sont parfois distendues par des gaz, surtout quand la tumeur est à gauche et appuie sur la fin du gros intestin. Le plus souvent on trouve l'intestin revenu sur lui-même et aplati. Rarement le kyste appuie fortement sur l'intestin, au point de comprimer et de déterminer une obstruction, une rétention des matières fécales. On a vu pourtant des exemples de pareils accidents, comme je le dirai en traçant l'histoire clinique des kystes ovariens. Quant au rectum, il est surtout en rapport avec les kystes, à leur première période de développement, alors qu'ils sont encore enclavés dans l'excavation pelvienne. Il est aplati et se laisse difficilement traverser par les gaz et les matières fécales. On comprend sans peine que cette portion de l'intestin soit surtout exposée à la compression, et qu'un pareil accident doive être d'autant plus à redouter que le kyste a une plus grande tension et une plus grande densité. M. Cazeaux, dans son *Traité des accouchements*, appelle l'attention sur une anomalie singulière dans les rapports d'un kyste ovarique avec le rectum. Jackson a trouvé une tumeur semblable derrière le rectum, qu'elle avait décollé et refoulé en avant d'elle.

III. — J'ai dit plus haut que les tumeurs ovariennes étaient en rapport immédiat avec la face profonde de la partie abdominale antérieure ; il y a cependant deux organes, le *grand épiploon* et la *vessie*, qui peuvent s'interposer entre ces kystes et la paroi du ventre. On a trouvé, dans quelques cas, le *grand épiploon*, doublant la face antérieure de la tumeur. Telle était la disposition de l'épiploon sur un kyste de l'ovaire présenté à la Société anatomique par E. Cloquet (1). L'épiploon adhérait à la face profonde de la paroi abdominale, et le kyste était en rapport immédiat avec lui. Il suffit d'ailleurs d'une adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale avant le développement du kyste pour retenir cet organe et produire ce résultat.

IV. — Les rapports avec la *vessie* ont été négligés par les auteurs

(1) *Bullet. Soc. anat.*, 1841, p. 111.

qui se sont occupés des kystes de l'ovaire. M. Cruveilhier n'en dit pas un mot. Au début, la tumeur ovarienne est surtout en rapport avec l'urèthre, le bas-fond de la vessie. La vessie, distendue par l'urine, peut masquer plus ou moins complétement le kyste de l'ovaire. On a constaté, dans quelques circonstances, une compression de l'urèthre telle, que la miction naturelle était presque impossible. Il peut en résulter une rétention d'urine, une paralysie de la vessie ; les malades urinent par regorgement, et plus tard la vessie distendue se trouve placée en avant du kyste. La vessie peut remonter assez haut dans la cavité abdominale, comme on peut le voir dans plusieurs exemples cités par Boyer, et qui auraient été pris pour des tumeurs enkystées du ventre (1). Mais dans le plus grand nombre de cas, la vessie est presque vide, flasque, ratatinée, cachée derrière le pubis, qu'elle dépasse à peine.

V. — Le *kyste ovarique* est aussi en rapport plus ou moins intime avec l'un ou l'autre des *uretères*. Les auteurs ne disent rien de ce rapport presque toujours insignifiant, l'uretère étant placé derrière le kyste et l'urine coulant sans peine dans la vessie. Mais il peut arriver certainement que ces conduits éprouvent, au niveau de l'excavation pelvienne, une compression telle qu'il en résulte une rétention d'urine à ce niveau ou une communication accidentelle entre le kyste et l'uretère. On trouvera plus loin une observation dans laquelle un kyste ovarique s'est ouvert, à n'en pas douter, dans l'un de ces canaux.

VI. — La *trompe* et le *ligament rond* n'offrent rien de particulier du côté sain. Il en est de même de l'ovaire, à moins qu'il ne soit lui-même envahi par un ou plusieurs kystes. L'ovaire malade a disparu. On ne retrouve que le kyste, qui a pris sa place, ses rapports, ses connexions.

La trompe et le ligament rond, du côté où existe la tumeur, ont les mêmes rapports que l'utérus. On les retrouve presque toujours en avant du kyste, rarement sur sa face postérieure. Le ligament rond est allongé, hypertrophié. Le ligament large est étalé et double la paroi du kyste. La trompe est plus longue, collée en écharpe de bas en haut et de dedans en dehors sur la tumeur, à laquelle elle adhère. Son pavillon, son canal, ont ordinairement augmenté de capacité et de calibre, au point de recevoir le petit doigt et même le pouce (Cruveilhier) ; l'ai-

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. IX, p. 174 et suiv.

leron est appliqué aussi sur le kyste, mais parfois il est flottant et libre comme une frange qui termine la trompe. Il n'est pas très rare de rencontrer la trompe utérine et son canal remplis de sérosité plus ou moins abondante. Nous reviendrons sur ce point dans un article spécial consacré à l'étude des kystes des trompes.

VII. — L'*utérus* est, en général, placé en avant et en bas du kyste ovarique ; position qui lui est marquée d'avance par ses rapports avec l'ovaire. Il adhère, dans certaines circonstances, à la tumeur par des liens celluleux peu résistants. On a quelquefois trouvé l'utérus dans une position anormale. Par suite d'adhérences antérieures, qui gênaient le développement du kyste, l'utérus était refoulé en arrière et en bas. M. Cruveilhier a rencontré trois fois cette disposition. Dans l'un et l'autre cas, l'utérus en général a conservé sa forme et son volume ordinaires. Il est quelquefois un peu hypertrophié et placé en anté- ou rétroversion, appuyant sur la vessie ou le rectum, ou en latéroversion, Parfois même son axe est tout à fait horizontal. Souvent, surtout au début du kyste, il est très abaissé et donne lieu à un léger prolapsus. On rencontre aussi, mais plus rarement que dans certaines tumeurs occupant le petit bassin, l'utérus allongé, le museau de tanche plus ou moins effacé, ou l'angle de la matrice correspondant à la tumeur attiré par celle-ci. Ce dernier rapport change singulièrement la forme de l'utérus. L'angle du côté sain restant avec sa forme ordinaire, l'angle opposé ayant subi parfois une élongation de 10 à 12 centimètres et se prolongeant sous forme de petit canal cylindrique (Cruveilhier). L'utérus, dans ce cas, est aussi plus ou moins étalé, attiré par la tumeur. Je n'ai pas été assez heureux pour rencontrer cette disposition dans un seul cas de kyste de l'ovaire, mais je l'ai observée dans un fait de tumeur colloïde, placée à la partie postérieure et latérale de l'utérus. La cavité utérine se prolongeait sur la masse morbide, s'étalait et ressemblait au vagin par sa longueur et sa capacité. C'est à peine si l'on trouvait la trace de la jonction du col avec le vagin. Dans l'exemple que je viens d'emprunter à M. Cruveilhier, le col utérin était considérablement allongé et le museau de tanche complétement effacé. La longueur de l'utérus, depuis le museau de tanche jusqu'à son extrémité supérieure, était d'un pied moins quelques lignes.

Lorsque l'*utérus est chargé du produit de la conception*, il refoule les

kystes ovariens en haut et en dehors, mais il sort difficilement de l'excavation pelvienne. Dans quelques cas, le kyste, après avoir été en quelque sorte chassé par l'utérus gravide, retombe en avant ou en arrière de l'utérus, dans le petit bassin, et devient une cause de dystocie. Comme on l'a vu plus haut, c'est le plus souvent en arrière que se place le kyste, et l'utérus, chargé du produit de la conception, vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure ; mais en même temps le kyste s'incline un peu latéralement et l'utérus se loge, de son côté, dans la fosse iliaque opposée.

VIII. — Le kyste ovarique n'a le plus souvent qu'à son début des rapports avec le *vagin*. Il repousse la paroi vaginale vers la vulve et détermine parfois une hernie vaginale, ainsi que M. Gimelle en a cité un exemple (1). Dans le cas où l'utérus et le col suivent le développement de la tumeur ovarienne, celle-ci a des adhérences assez intimes avec le vagin et le plus ordinairement avec sa paroi postérieure. Mais c'est surtout pour les kystes des trompes que ces rapports sont fréquents et assez importants à connaître.

IX. — Enfin les kystes de l'ovaire affectent des rapports non-seulement avec les organes que nous venons de passer en revue, mais encore avec les *vaisseaux* et les *nerfs* qui les environnent. Ces derniers rapports méritent bien de fixer notre attention par les douleurs, par les accidents qu'ils peuvent et qu'ils doivent déterminer tôt ou tard.

Au début, quand le kyste est encore enclavé dans l'excavation pelvienne, il exerce une compression sur le plexus sacré ; plus tard, quand il a franchi le détroit supérieur, sur le plexus lombaire. Mais cette compression ne se traduit à nous que par des signes cliniques que nous étudierons ultérieurement, à côté des signes fonctionnels, qui résultent de la compression de l'intestin. — En même temps, la circulation est gênée ; les vaisseaux, surtout les vaisseaux veineux, comprimés et contenant quelquefois des caillots dans une étendue plus ou moins grande. Cette compression des vaisseaux donne lieu, sur le cadavre, à certaines lésions telles que des tumeurs hémorrhoïdales, un œdème des membres inférieurs et de la vulve, voire même des parois abdominales, et, dans quelques circonstances, à la formation de caillots dans les veines des membres, etc.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXII, p. 73.

Cette même compression, quand le kyste est volumineux et que les parois abdominales résistent à la distension, peut déterminer une *ascite*. Il est vrai de dire que cette coïncidence de l'ascite et d'un kyste de l'ovaire peut tenir, le plus souvent, à d'autres causes que la compression des veines par la tumeur ovarienne... une péritonite chronique, par exemple. Mais il est parfaitement admissible que, dans d'autres circonstances, cette hydropisie péritonéale n'ait d'autre point de départ que la présence du kyste de l'ovaire et la gêne qu'il apporte à la circulation abdominale.

§ VI. — Complications.

A côté du tableau des altérations anatomiques, *normales* pour ainsi dire, des kystes de l'ovaire, vient se placer la description de certaines altérations particulières, que je décrirai sous le titre général de complications. Je veux parler des *adhérences*, des *ouvertures spontanées des kystes* dans certains canaux, de l'*inflammation* de la poche, de la *formation* de *plaques gangréneuses*, des *ruptures* et de la *péritonite* avec *ascite consécutive*.

I. — *Adhérences*. Si les kystes de l'ovaire sont presque toujours en rapport avec les organes que je viens de passer en revue et libres de toute adhérence, il arrive fréquemment aussi qu'on trouve, dans les autopsies, ces tumeurs attachées à ces mêmes organes par des liens plus ou moins intimes. Ce sont surtout les organes peu susceptibles de se déplacer, occupant une position fixe dans la cavité abdominale, qui présentent ces adhérences avec les kystes ovariens. Rarement, à moins que l'art ne soit intervenu, on trouve des adhérences de ces tumeurs avec la paroi abdominale; plus rarement encore avec l'intestin grêle et la vessie. Après une seule ponction, si la canule n'est pas restée en place un temps assez long, s'il n'est pas survenu des accidents graves d'inflammation péritonéale, on ne trouve même pas d'adhérence du kyste avec la paroi abdominale. Les organes qui se relient le plus communément à ces tumeurs sont le gros intestin, les uretères, l'utérus, la trompe, le ligament rond. Ces adhérences sont parfois peu étendues, établies à l'aide de petits filaments; d'autres fois, elles occupent plusieurs centimètres de surface, et fixent d'une manière très intime aux kystes ovariens certaines parties des organes abdominaux. Ces organes

font corps avec la paroi du kyste, et il est assez difficile de les en détacher.

II. — *Ouvertures spontanées.* Sous ces adhérences, les parois du kyste et les parois des organes s'amincissent, et plus tard il peut se former des communications plus ou moins étendues entre ces poches et les organes voisins. Ces ouvertures se produisent, dans quelques cas, par suite de l'amincissement graduel des parois qui se touchent, mais plus souvent sous l'influence d'un travail phlegmasique qui a déjà déterminé ces adhérences.

C'est ainsi qu'on trouve des kystes de l'ovaire communiquant avec l'intestin, avec l'uretère, avec le vagin et même à l'extérieur.

Avec l'intestin. —J'en ai déjà rapporté une observation remarquable, recueillie par M. Eugène Nélaton dans le service de M. Chassaignac. Dans ces cas, on rencontre une poche plus ou moins distendue et contenant de la sérosité plus ou moins altérée, ou du pus plus ou moins fétide et quelquefois des matières fécales. Ces perforations ont pour lieu d'élection le rectum, le cæcum, l'S iliaque du côlon. Comme on l'a vu dans le fait que je viens de rappeler, cette communication peut avoir lieu avec différentes parties de l'intestin en même temps, et pour un même kyste. Dans les kystes multiloculaires, on trouve parfois une seule poche ouverte dans l'intestin, tandis que les autres loges sont encore intactes.

Voici, en quelques mots, l'observation d'un kyste de l'ovaire ouvert dans l'*uretère*. Cette observation est des plus intéressantes ; je la rappellerai encore plusieurs fois dans le cours de ce travail :

Mademoiselle Z...., vint consulter M. Velpeau vers la fin de 1852. Elle portait, dans une des fosses iliaques une tumeur, grosse comme le poing à peu près, indolente et dont le développement n'avait été précédé d'aucune douleur. — Menstruation régulière.

La tumeur grossit peu en 1853. En 1854, cette demoiselle se maria et devint enceinte peu de mois après son mariage. La grossesse fut régulière, l'accouchement facile. Peu de temps après la délivrance, la poche grossit, devint douloureuse. Il survint de la fièvre et tous les accidents qui annoncent la formation du pus. Quelques semaines plus tard, les urines devinrent purulentes. Le pus se montra dans les urines pendant quelques jours, puis les urines reprirent leur coloration normale. La malade s'affaiblissant, M. Nélaton fut appelé. — Application de potasse caustique plusieurs fois répétée, ouverture de la poche, canule à demeure ; injection d'eau et de teinture d'iode, étendue d'eau, régime tonique. — Deux ou trois mois après l'ouverture de la poche, il ne s'écoulait plus chaque jour qu'un petit verre de matière purulente. — Seconde grossesse, heureuse comme la première. Aujourd'hui près de dix-huit

mois se sont écoulés, la canule est toujours à demeure et il s'échappe, par jour, à peu près un petit verre à liqueur de pus séreux. On continue les injections iodées.

M. le docteur Parise, chirurgien très distingué de Lille, et dont personne plus que moi n'apprécie et n'estime le talent et le caractère, pense qu'il a eu affaire à une tumeur du rein, qui s'est abcédée, à une tumeur semblable à celle que MM. Nélaton et Caffe ont présenté à l'Académie (1). Pour moi, en me fondant sur l'examen de la tumeur qui a été fait par MM. Velpeau et Nélaton, sur l'absence de symptômes du côté du rein, sur la marche de la maladie, je crois bien plutôt qu'il s'agit d'une tumeur enkystée de l'ovaire, qui a contracté des adhérences avec l'uretère, et qui s'est ouverte dans ce conduit. La poche s'est vidée en partie; elle a diminué de capacité, et cette ouverture a pu se fermer. Ainsi s'expliquerait pourquoi l'écoulement du pus par les urines n'a duré que quelques jours.

Ce fait est encore intéressant à un autre point de vue. Boyer rapporte l'observation d'une femme qu'il a traitée d'une tumeur enkystée de l'abdomen. Il restait un trajet fistuleux. Une grossesse survint; l'utérus, en se développant, mit en contact les diverses portions de la poche et du trajet, qui fournissaient encore du pus, et la guérison eut lieu. Or, chez la malade dont je viens de rapporter l'observation, la grossesse n'a point déterminé cet heureux résultat.

L'ouverture d'un kyste de l'ovaire peut aussi avoir lieu dans le *vagin*. J'ai vu, dans le courant de septembre 1857, une dame dont l'observation présente les particularités suivantes :

Cette dame, jeune encore (trente-quatre à trente-six), a eu deux enfants. Quelques temps après sa seconde grossesse, elle s'aperçut que son ventre grossissait du côté gauche. La menstruation était et est restée régulière. Sept ou huit mois après l'apparition de ces symptômes, il s'écoula une grande quantité de liquide par le vagin, quantité que la malade évalue a environ un litre, le ventre s'affaissa et tous les accidents (douleurs, gêne dans la marche, dans la station verticale, etc.), que la malade avait éprouvés, disparurent pour se montrer de nouveau cinq à six mois plus tard. Nouvel écoulement de liquide, nouvelle cessation des accidents. Quand j'ai observé cette malade, on sentait une tumeur rénitente, fluctuante, un peu au-dessus et à gauche de la symphyse pubienne et surtout bien appréciable par le toucher vaginal. Une dizaine de jours après, écoulement de liquide par la vulve, disparition de la tumeur.

Il manque, il est vrai, pour cette observation comme pour la précédente, l'examen direct des pièces pathologiques, mais j'ai cru plus

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XX, p. 524.

utile de rapporter ici ces deux faits, afin d'appeler l'attention sur ces lésions, qui ne sont décrites ni dans les auteurs, ni dans le grand nombre d'observations que j'ai parcourues.

Pour cette dernière observation, je l'ai rangée parmi les kystes ovariques; mais il ne serait pas surprenant que l'altération eût pour siége l'une des trompes utérines, et dût être rapportée aux kystes de ces organes. Cette idée s'était d'autant mieux présentée à mon esprit, que la tumeur se vidait pour la troisième fois au moment où je vis la malade. J'avais donc cru d'abord que le liquide s'échappait par l'orifice utérin d'une des trompes. Mais en explorant attentivement le vagin, je reconnus avec le doigt, et à l'aide du spéculum, un orifice à rebords calleux occupant la partie supérieure de la face postérieure du vagin, et par lequel s'échappait le liquide du kyste. Cette circonstance, jointe à la présence de la tumeur au-dessus du pubis, me firent penser qu'il s'agissait peut-être plutôt d'un kyste ovarique. Du reste, je n'ai relaté cette observation que pour montrer que les kystes pelviens de l'ovaire ou de la trompe peuvent s'ouvrir dans le vagin comme dans les autres organes avec lesquels ils ont des connexions plus ou moins intimes.

Les kystes ovariques sont en rapport immédiat avec les parois abdominales. Boyer, dans son huitième volume, a rapporté plusieurs exemples d'ouvertures accidentelles de tumeurs enkystées *à travers les parois du ventre*. — Pour les kystes simples de l'ovaire, il y a peu de ces faits dans la science, mais, en revanche, on en trouve un nombre assez considérable qui ont rapport à des grossesses extra-utérines, à des kystes pileux, à des abcès de toute sorte. Or, quand le kyste de l'ovaire suppure, il rentre dans la catégorie de ces tumeurs. Les trajets fistuleux, dans ces cas, n'offrent rien de particulier, et la poche est plus ou moins distendue par un liquide purulent.

III. — *Inflammation de la poche.* — Dans la presque totalité des cas, c'est l'inflammation qui prépare ces communications des kystes avec les organes ou les parties environnantes.

Quelquefois après un travail spontané, d'autres fois à la suite de manœuvres chirurgicales, on trouve la tumeur pleine de pus. La nature du pus est variable. Dans certains cas, il est crémeux, bien lié, de bonne nature; le plus communément il est séreux, visqueux ou sanieux, mêlé de sang, de grumeaux, de caillots plus ou moins altérés,

suivant la nature primitive du liquide de ces kystes. La membrane interne a revêtu l'aspect et les propriétés de la membrane pyogénique des abcès simples, des abcès froids, des abcès hématiques.

Il arrive souvent que ce travail inflammatoire du kyste ne donne lieu qu'à la formation des adhérences dont je me suis déjà occupé, sans déterminer la purulence de la tumeur. Outre ces adhérences, ce travail phlegmasique peut devenir l'origine d'une péritonite chronique, et consécutivement d'une ascite. Tel est le fait suivant que j'emprunte à l'ouvrage de M. Cruveilhier :

Coïncidence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et d'une hydropisie ascite. — Une jeune femme me présenta tous les caractères d'une hydropisie ascite. Après quelques mois de séjour à l'hôpital, la ponction étant devenue indispensable, elle fut pratiquée. Le liquide ayant été évacué, je reconnus à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur bosselée, fluctuante, kysteuse, qui me parut être un kyste de l'ovaire multiloculaire. Je me demandai si je ne m'étais pas trompé, si c'était bien à une hydropisie ascite que j'avais affaire, ou bien à un kyste ovarique multiloculaire dont la grande poche aurait été prise pour une ascite; mais les signes caractéristiques de l'hydropisie ascite m'avaient paru trop évidents pour que je pusse m'arrêter à cette supposition. Trente-sept ponctions devinrent successivement nécessaires et à chaque fois je reconnus la même disposition. Sur la foi de la promesse mensongère d'une cure radicale, la malade sortit de l'hôpital pour entrer dans une maison de santé, où trois ponctions lui furent pratiquées. A chaque fois, la canule fut laissée à demeure pendant cinq jours ; à la suite de la troisième ponction, la malade éprouva des accidents de péritonite tellement graves, que le chef de l'établissement craignant qu'elle ne mourut chez lui, la fit transporter à l'hôpital de la Charité, où elle demanda à rentrer dans mon service et où elle succomba quelques jours après.

A l'ouverture, je trouvai tous les caractères anatomiques de la péritonite chronique : couleur bleue du péritoine ; adhérences, les unes filamenteuses, les autres fibreuses ; il existait *une tumeur ovarienne* formée par *cinq kystes séreux* d'inégal volume, non communicants, de la face interne de chacun de ces kystes naissaient de petites végétations verruqueuses irrégulières (1).

IV. — *Plaques gangréneuses.* — Dans quelques circonstances, cette inflammation marche avec une rapidité ou une intensité redoutables, et détermine la formation de plaques gangréneuses, étendues ou limitées, développées en quelques heures ou quelques jours, ou après un temps plus ou moins long. En voici un exemple rapporté par M. Cruveilhier :

(1) Je me suis demandé quelle pouvait être la cause de cette hydropisie ascite, coïncidant avec une hydropisie enkystée de l'ovaire. L'absence de toute autre cause d'ascite chez cette malade m'a porté à penser que l'hydropisie péritonéale avait bien pu reconnaître pour cause le kyste ovarique. Ce n'est pas d'ailleurs la seule fois que j'ai eu occasion d'observer cette coïncidence. (Note de M. Cruveilhier.)

Une jeune femme de vingt-six ans, la comtesse de M..., déjà mère de trois enfants, me fit appeler pour un kyste énorme de l'ovaire. Elle était d'ailleurs brillante de santé. Il s'agissait de décider avec MM. Récamier et Jadioux, ses médecins ordinaires, si la ponction devait être pratiquée. Mon opinion fut d'ajourner le plus possible, mais la progression étant devenue très difficile et la respiration très gênée, il fallut bien y avoir recours. Or, douze heures après la ponction, frissons violents, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, sueurs froides, délire, mort en quarante-huit heures.

A l'ouverture, nous trouvâmes une inflammation gangréneuse des parois du kyste.

V. — *Ruptures.* — Ces plaques gangréneuses peuvent déterminer des ruptures du kyste, alors que la nature n'a pas encore, comme dans les cas d'ouvertures spontanées, préparé les organes voisins pour ces accidents. Ces ulcérations gangréneuses sont occasionnées par une trop forte distension ou par une inflammation du sac. Il y eut une rupture semblable dans l'observation de M. Barth, qui a servi de point de départ à la mémorable discussion de l'Académie (1), et que je rappellerai à l'occasion du traitement des kystes ovariens. M. Bailly a présenté à la Société anatomique (2) un exemple de rupture d'une de ces tumeurs, remarquable aussi par sa nature :

Kyste composé, multiloculaire, gélatiniforme. — Clémentine B..., âgée de dix-huit ans, giletière, est entrée dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, le 4 mars 1854. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais été réglée et n'a jamais fait de maladies graves. Il y a trois ans environ, elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque du côté gauche. Cette tumeur augmenta progressivement de volume, sans donner lieu à de vives douleurs et sans porter atteinte à la santé générale. Lors de l'entrée de cette malade à l'hôpital Necker, le ventre était développé considérablement et d'une manière égale, la fluctuation était de toute évidence. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Une ponction pratiquée dans le flanc gauche donna issue à deux litres d'un liquide transparent, d'aspect gélatineux, assez analogue à une solution épaisse de gomme. Un aide, placé à droite de la malade, exerçait une compression continue sur le ventre et facilitait la sortie du liquide.

Le ventre, après l'opération, resta volumineux. Par la palpation, on sentait à travers la paroi abdominale, des bosselures, des duretés, surtout à droite de l'ombilic. Ces inégalités furent regardées par M. Lenoir comme indiquant l'existence d'un grand nombre de loges. Pour ce motif, ce chirurgien ne crut pas devoir pratiquer des ponctions multiples et s'abstint d'injecter du liquide irritant dans la poche, dont il avait évacué le contenu. Aucun accident sérieux ne se déclara pendant les jours qui suivirent la ponction. Un instant, le ventre devin

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXI, p. 583 ; t. XXII, p. 20.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1854.

douloureux, mais ces douleurs se calmèrent promptement, et le 21 mars, la malade quitta l'hôpital, sans que sa santé présentât aucune altération notable.

Le 26 avril 1854, un mois et demi par conséquent après sa première admission, cette malade rentra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Natalis Guillot, avec des symptômes de cholérine; le pouls petit, les yeux excavés, la langue froide, la voix éteinte et une diarrhée très intense, qui céda en trois jours à un traitement par les narcotiques et les bains. Au bout de huit jours, la malade paraissait guérie. Voici, à cette époque, quel était l'état de l'abdomen : le ventre est très développé ; on trouve de la matité sur toute son étendue, excepté dans la région épigastrique. Il n'y a pas de développement des veines superficielles.

A la palpation, on sent une tumeur fluctuante avec des bosselures et des duretés existant, comme nous l'avons dit, à la droite de l'ombilic. Au toucher, l'utérus est mobile et a une direction normale ; dans les culs-de-sac latéraux on ne sent rien qui paraisse lié à la tumeur intérieure.

Le 7 mai, la malade ressent une douleur vive dans le flanc gauche et l'hypochondre du même côté, à partir du revers des fausses côtes. Le pouls devient petit, les yeux s'excavent, la face pâlit ; la malade a des hoquets, des vomissements bilieux. Trois applications successives de sangsues, au nombre de quinze chaque fois, des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, produisent une amélioration sensible.

Le 15 mai, l'état semble s'aggraver ; la face prend une teinte terreuse ; les vomissements reparaissent, la malade a du délire et meurt, le 16 mai, à deux heures du matin.

A l'autopsie on constate une péritonite générale avec fausses membranes sur la plupart des viscères abdominaux. La cavité abdominale renferme un litre environ de liquide gélatineux, semblable à celui qui, deux mois avant, avait été extrait par la ponction. Des adhérences étendues unissaient la partie antérieure du kyste à la paroi abdominale, en sorte qu'il n'a pas été possible de reconnaître le siége précis de l'ouverture artificielle. La perforation spontanée avait lieu à la partie postérieure du kyste, ainsi que l'a constaté la personne chargée de l'autopsie.

Extraite de l'abdomen, la tumeur présente deux fois environ le volume de la tête d'un homme adulte. Elle se trouve formée par la réunion d'un grand nombre de kystes de différentes grandeurs, contenant tous sans exception la matière glaireuse transparente, dont il a été question. La loge principale, celle que le chirurgien de Necker avait ponctionnée, offre des signes non douteux d'inflammation. Rougeur foncée dans toute l'étendue de la face interne; ecchymoses et points sphacéliques sur ses parois. A la périphérie de la tumeur, et dans les intervalles des kystes, existent des masses dures, constituées par du tissu fibreux aréolaire, dont les vacuoles renferment le même liquide gélatineux.

L'utérus et l'autre ovaire sont sains. Ce dernier organe, peu développé, est parfaitement lisse à sa surface. On n'y remarque point de corps jaunes, circonstance en rapport avec l'absence complète des règles, que nous avons déjà mentionnée.

Dans ce fait comme dans les précédents, la rupture a eu lieu dans des tumeurs qui avaient été soumises à des manœuvres chirurgicales. Il n'en est plus de même dans l'observation suivante (1).

J'ai tenu à rapporter en entier cette belle observation, à cause de la nature de la tumeur, de la présence des kystes et d'un tissu aréolaire,

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 437.

du diagnostic porté pendant la vie, de la position anormale des trompes, et elle sert de complément et de résumé à la description que je viens de faire.

Kyste énorme de l'ovaire en partie multiloculaire et en partie aréolaire ; sa nature aréolaire et multiloculaire reconnue fait rejeter la ponction ; inflammation spontanée de plusieurs poches ; rupture de l'une d'elles dans la cavité péritonéale. — Quesnel (Antoinette), quarante-huit ans, entra dans mon service, salle Saint-Joseph, n° 20, le 4 octobre 1853, pour une tumeur énorme de l'abdomen, avec infiltration des membres inférieurs. C'était un kyste de l'ovaire qui s'élevait jusque derrière l'appendice xiphoïde qu'il déjetait en avant et aussi jusque sous les dernières côtes.

Je reconnus à l'aide de la percussion par choc :

1° Qu'il existait un kyste de l'ovaire ;

2° Que ce kyste était multiloculaire ;

3° La même percussion par choc brusque (comme par une chiquenaude), donnant à la main appliquée du côté opposé une sensation d'impulsion moins instantanée et moins nette que lorsque le liquide est complétement aqueux, je diagnostiquai un liquide visqueux ou filant à la manière du blanc d'œuf.

4° La pression exercée successivement sur diverses régions de la tumeur, me démontrait une sorte de compacité, de résistance élastique, sans fluctuation prononcée et d'ailleurs inégale. J'en conclus que dans la partie non fluctuante la tumeur présentait la disposition aréolaire ou vésiculaire.

Mon diagnostic fut donc celui-ci : *Kyste en partie multiloculaire et en partie vésiculaire ou aréolaire; liquide contenu visqueux, filant à la manière du blanc d'œuf.*

En conséquence, j'annonçai que je m'abstiendrais de la ponction comme d'un moyen à la fois insuffisante et nuisible.

1° *Insuffisant*, car, d'une part, la ponction ne permettrait probablement que l'évacuation partielle de la poche ponctionnée, vu les caractères du liquide ;

2° *Nuisible*, car il était infiniment probable qu'elle aurait pour conséquence une inflammation de la poche ouverte et peut-être de toute la masse du kyste.

L'état général de la malade était d'ailleurs assez bon, sauf l'oppression qui résultait du moindre mouvement.

Tout se passa bien jusqu'au 10 décembre. Tout à coup frisson, suivi d'une respiration anxieuse, de petitesse et de fréquence extrême du pouls ; la face est profondément altérée ; la tumeur, indolente jusque-là, devient douloureuse, surtout à l'épigastre et à l'hypochondre droit ; là existait une poche bien distincte, facile à circonscrire, qui m'avait frappé dès le premier jour, parce qu'elle était plus proéminente que le reste du kyste et soulevait fortement la région épigastrique, si bien qu'elle paraissait sous-cutanée. En même temps, nausées, vomissements, répugnance extrême pour toutes les boissons autres que le cidre. A quoi tiennent ces accidents ? Je n'hésite pas à les rapporter à une inflammation du kyste de l'ovaire, et peut-être en même temps à une péritonite. Dans cet état d'agonie, je ne pouvais me décider à avoir recours à la ponction. La malade résista jusqu'au 19, où elle s'éteignit en pleine connaissance.

Ouverture. — Des adhérences cellulo-fibreuses très serrées, et par conséquent d'ancienne date, unissaient toute la région antérieure de la tumeur à la paroi abdominale. La même adhérence s'observait entre le kyste et la face inférieure du foie ; le kyste remplissait toute la capa-

cité de l'abdomen. Le diaphragme avait été forcément refoulé en haut, si bien qu'à gauche comme à droite, la tangente de la convexité de ce muscle répondait au bord supérieur de la quatrième côte. Il y avait environ deux verres de sérosité dans la cavité de la plèvre droite. Le foie a perdu de son volume, d'une part, par la compression qu'il a subie de bas en haut; d'une autre part, par la compression que le cœur exerçait sur sa face supérieure ; la portion du foie qui correspondait au cœur était très amincie et semblait avoir été excavée pour le recevoir.

Le kyste présente, sur la plus grande partie de sa surface, des bosselures transparentes qui correspondaient à la partie vésiculaire et aréolaire de la tumeur.

L'utérus et ses dépendances étaient situés en arrière de la portion pelvienne de la tumeur, légèrement excavée à son niveau pour le recevoir. L'utérus (1) ne débordait pas d'ailleurs le détroit supérieur, et n'avait aucune de ces déformations et déviations par traction que j'ai observées dans d'autres cas.

La vessie et le vagin étaient situés, par leur partie supérieure, derrière la tumeur, et, par leur partie inférieure, au-dessous de cette tumeur qui était, pour ainsi dire, à cheval sur le vagin et la vessie (2).

L'ovaire et la trompe gauches étaient dans l'état le plus naturel (3).

Point d'ovaire droit, mais son ligament parfaitement distinct et soutenu par son aileron, se portait en haut en décrivant une courbure à concavité interne et se terminait en s'insérant sur la tumeur enkystée.

Le ligament large droit était parfaitement reconnaissable malgré son allongement.

La trompe droite, située derrière le kyste, était extrêmement allongée, se portait verticalement en bas, en se moulant sur la portion pelvienne de ce kyste ; cette trompe était remarquable, non-seulement par sa longueur de trois à quatre fois plus considérable que de coutume, mais encore par sa forme aplatie et par l'augmentation de son diamètre, qui lui permettait de recevoir facilement un gros stylet dans toute sa longueur.

La trompe était donc sur un plan postérieur au kyste, et il est évident que l'ovaire, qui est dans l'état ordinaire postérieur à la trompe, a dû, en quelque sorte, sauter par-dessus cette trompe, pour se développer au-devant d'elle et par conséquent au-devant de l'utérus.

En portant le kyste en avant pour étudier ses rapports avec les viscères abdominaux, nous avons produit la sortie d'un liquide purulent noirâtre, et nous avons reconnu que la source de ce liquide était dans la poche supérieure ou épigastrique, qui présentait une rupture assez considérable; que cette rupture spontanée, qui était la conséquence de l'inflammation, avait déterminé une inflammation suraiguë de toute la portion du péritoine qui n'était pas le siége d'adhérences, c'est-à-dire de la face postérieure du kyste et de tout le paquet intestinal. L'utérus, la rate, la presque totalité de l'intestin grêle, une partie de l'arc du côlon, qui occu-

(1) L'utérus contenait une tumeur fibreuse du volume d'une petite pomme dans l'épaisseur de sa paroi antérieure. (N. de M. C.)

(2) Dans le cas où l'utérus est postérieur au kyste, c'est donc la paroi antérieure du vagin qui est refoulée en bas et qui tend à faire hernie, et non la paroi postérieure, comme dans les cas où l'utérus est antérieur au kyste. (N. de M. C.)

(3) L'ovaire gauche, ratatiné, bosselé, très compacte, contenant, sous une écorce épaisse et comme cartilagineuse, un tissu celluleux très dense ; point de vésicules de Graaf; seulement petit kyste noir, tout à fait superficiel, à l'endroit de l'insertion du ligament de l'ovaire, et à un millimètre de profondeur. (N. de M. C.)

paient l'hypochondre gauche, étaient d'une couleur brunâtre et plaqués de fausses membranes très adhérentes. Le gros intestin seul était resté dans sa position normale.

La tumeur ayant été enlevée et soumise à diverses coupes m'a présenté les particularités suivantes :

Il y avait dans cette tumeur trois grandes poches ou kystes d'inégale capacité, et tout le reste était constitué par du tissu aréolaire et vésiculaire. Je n'ai fait peser la tumeur qu'après l'issue de la totalité du liquide contenu dans trois grandes poches, et dans un certain nombre de vésicules et d'aréoles. Son poids était encore de 5 kilogrammes 800 grammes. Il devait être au moins double avant l'issue du liquide.

Le kyste épigastrique, celui qui avait été le siege d'une inflammation que je pourrais appeler gangréneuse avec perforation, était le moins considérable; sa cavité était tapissée par des plaques pseudo-membraneuses noirâtres, le liquide contenu était visqueux et d'une couleur brunâtre.

Ce kyste épigastrique n'était pas complet; je veux dire que, constitué par une poche membraneuse dans les trois quarts de son étendue, il était complété à sa partie inférieure par un tissu aréolaire et vésiculaire.

Les deux autres grands kystes étaient encore bien moins complets; leurs parois n'étaient membraneuses que dans la moitié de leur étendue ; le reste de leur cavité était constitué par du tissu aréolaire et vésiculaire qui proéminait sous la forme de grosses masses dans leur cavité ; l'un d'eux contenait un liquide visqueux transparent, filant à la manière du blanc d'œuf. L'autre kyste contenait une matière semblable à un blanc d'œuf épaissi; quelques plaques pseudo-membraneuses adhérentes aux parois dénotaient qu'il avait été le siége d'une inflammation.

La structure de la portion membraneuse de ces kystes était exactement la même que celle des kystes multiloculaires et uniloculaires, c'est-à-dire qu'elle était constituée par deux feuillets bien distincts, entre lesquels se voyaient des vaisseaux veineux très considérables ; une autre couche vasculaire veineuse occupait la surface interne. Des brides fibreuses très résistantes parcouraient çà et là, à la manière d'arcs-boutants, la surface interne du kyste. Plusieurs de ces brides, qui étaient très épaisses, présentaient dans leur épaisseur du tissu aréolaire.

Un liquide blanc visqueux, parfaitement transparent, avec tractus opaques, quelquefois même semblables à du blanc d'œuf épaissi, remplissait un certain nombre de vésicules et d'aréoles ; l'aspect du blanc d'œuf épaissi indiquait un travail morbide inflammatoire des parois des vésicules correspondantes; des degrés insensibles conduisaient des vésicules grosses comme une orange à un tissu aréolaire extrêmement fin.

1° *Portion vésiculaire.* — Les vésicules juxtaposées, séparées par des cloisons communes, avaient une forme polyédrique à plans curvilignes, parce qu'elles faisaient saillie les unes dans les autres. Les parois demi-transparentes, opalines, présentaient çà et là des épaississements par plaques linéaires, et leur surface interne était parcourue par de petits vaisseaux veineux. Il y avait des vésicules closes de toutes parts, mais le plus grand nombre de ces vésicules communiquaient entre elles par des perforations circulaires, faites comme par un emporte-pièce, qui échappaient au premier abord.

2° *Portion aréolaire.* — Quant à la portion de la tumeur purement aréolaire, elle se présentait sous l'aspect de cellules d'une ruche à miel, dont le liquide filant, visqueux, s'écoulait avec difficulté. Ces cellules communiquaient généralement entre elles. Une grosse masse de ce tissu aréolaire contenait une matière tout à fait semblable, pour la couleur et pour la consis-

tance, à du miel blanc. J'ai pensé que cet état de la matière contenue était la conséquence d'un travail morbide.

Enfin, venait un tissu aréolaire, extrêmement serré et dense, à mailles fibreuses, que je ne puis mieux comparer qu'à un tissu érectile, ou mieux encore au tissu aréolaire du cancer aréolaire et gélatiniforme ; et cette dernière comparaison est d'autant plus exacte que le liquide contenu ressemblait à de la gelée parfaitement transparente.

Ainsi, sous le rapport clinique, cette malade a succombé à une inflammation suivie de rupture de l'une des poches de l'ovaire et à la péritonite qui en a été la conséquence. Ne peut-on pas admettre comme cause de cette inflammation la distension considérable éprouvée par cette poche ?

ARTICLE II. — Kystes composés.

Les kystes composés ne nous arrêteront pas aussi longtemps que les kystes simples. Ils n'offrent rien de spécial dans leur siége, leurs rapports, leurs adhérences aux organes voisins, leurs complications; mais ils doivent être étudiés surtout dans leur structure et la nature du liquide qu'ils renferment. Encore, le plus souvent, leur contenu est-il le même que celui des kystes multiloculaires ou aréolaires.

La *structure* de ces kystes offre des particularités variables. Assez fréquemment leurs parois sont constituées par un tissu aréolaire, se présentant, à la coupe, sous l'aspect de cellules d'une ruche à miel, et dont les mailles communiquent ordinairement entre elles et renferment un liquide filant, visqueux, qui s'écoule avec difficulté. Quelquefois ces aréoles contiennent une matière colloïde ou une matière semblable, pour la couleur et la consistance, à du miel blanc. Ce tissu aréolaire se trouve comme infiltré dans l'épaisseur des parois du kyste, ou bien il forme par places comme des gâteaux, ressemblant au gâteau placentaire. Les kystes qui sont ainsi combinés avec le tissu aréolaire, ou entourés par lui, sont uniques ou multiples, petits, renfermant un liquide visqueux, gélatiniforme, ou plus spacieux et remplis par de la sérosité. J'ai rapporté déjà plusieurs exemples de kystes semblables, aux chapitres consacrés à l'étude des rapports et des complications de ces tumeurs; mais le fait le plus curieux est, sans contredit, celui que j'ai emprunté à M. Cruveilhier, et qui termine l'article précédent.

Je range encore dans la classe des kystes composés, ceux dont la paroi interne est criblée de tumeurs végétantes plus ou moins grosses, ou qui existent en même temps que d'autres produits pathologiques, masses fibreuses, encéphaloïdes, etc.

Pendant le cours de la discussion, ouverte au sein de l'Académie, M. Barth a présenté un kyste énorme, dont les parois renfermaient des masses colloïdes et encéphaloïdes (1) et dont voici la relation :

Une femme de quarante ans se présenta, à la fin d'août, à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur abdominale, dont elle ne fait remonter l'origine qu'à trois mois ; cependant depuis quelques années, les règles étaient devenues irrégulières et peu abondantes. La tumeur donnait au ventre le volume d'une grossesse de sept à huit mois ; elle était arrondie, tendue, obscurément fluctuante ; on y percevait des battements caractérisés par un choc brusque et non par un souffle, comme dans la grossesse, ou une expansion comme dans l'anévrysme. A droite et immédiatement au-dessous du foie, existe une masse saillante, dure et douloureuse à la pression.

M. Barth reconnut un kyste ovarique, mais en raison des battements, de la tumeur sous-hépatique et de la douleur, il n'osa rien tenter et prit l'avis de MM. Huguier et Depaul.

M. Depaul, partageant les craintes de M. Barth, donna l'avis de s'abstenir. M. Huguier, tout en adoptant l'opinion de ses collègues, crut qu'une simple ponction pourrait être faite sans danger. La malade saisit cet espoir de salut, et pria, avec instance, M. Barth de l'opérer.

Le 15 septembre, on retira du kyste six litres d'un liquide visqueux, d'un brun grisâtre et très riche en albumine. A la suite de cette ponction, la poche se rétracta fortement et la tumeur supérieure descendit au niveau de l'ombilic, puis bientôt jusqu'au-dessus du pubis.

L'état de la malade s'améliorait rapidement et elle était sur le point de quitter l'hôpital, quand, à la suite d'une promenade trop prolongée, elle éprouva du frisson et une fièvre assez forte, se montrant périodiquement au milieu du jour. Le sulfate de quinine fit cesser les accès, mais à dater de ce moment la santé ne fit que décliner. L'abdomen devint volumineux et très sensible ; l'appétit et le sommeil sont nuls ; la teinte cachectique se prononce de plus en plus ; la maigreur augmente ; des aphthes tenaces se développent dans la bouche. La malade s'éteint graduellement ; elle succomba le 28 novembre.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite pseudo-membraneuse assez récente, et surtout caractérisée à la partie inférieure de l'abdomen. Le kyste adhère à la paroi abdominale au niveau de la ponction ; des fausses membranes existent à sa surface, près de la masse dure située supérieurement, puis en arrière et en bas.

Le kyste renferme un liquide analogue à celui qui a été évacué par la ponction, mais contenant cependant du pus.

Le kyste est implanté sur le ligament large *gauche*, et non sur le droit, comme il avait paru rationnel de le croire pendant la vie, la tumeur faisant surtout saillie à droite. Disons cependant que M. Huguier, constatant que le col utérin était dévié à *droite*, avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire *gauche*.

La cavité du kyste offre, par place, des aspects différents ; là, elle est lisse et polie ; ici, villeuse et mamelonnée ; en d'autres points, on voit saillir des tumeurs, dont l'une avait été constatée pendant la vie. Celle-ci existe au sommet de la poche, elle a le volume des deux poings ; deux autres sont placées au bas du kyste. Ces masses, qui contiennent des parties gélatiniformes d'aspect colloïde, laissent suinter à la pression un liquide crémeux qui, pour M. Barth, est un caractère évident de cancer. On peut voir, en outre, plusieurs dépôts fibrineux interstitiels.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 214.

Des vaisseaux, dont quelques-uns atteignent le calibre d'une plume de corbeau, rampent sur les parois du kyste.

Cette tumeur est une preuve de plus des difficultés de toute espèce que présentent parfois les kystes ovariques. Ainsi, on pouvait se demander si la tumeur supérieure était ou non indépendante du kyste ; si les battements étaient dus aux vaisseaux des parois, ou, ce qui est plus probable, à une impulsion communiquée par les grosses artères voisines ; ou bien encore si ce n'étaient pas là de ces pulsations qu'on a parfois remarquées dans les masses cancéreuses.

Le siége originel du kyste n'était pas moins difficile à déterminer. Tout semblait indiquer qu'il appartenait au côté droit ; aussi est-ce de ce côté que fut faite la ponction. Et cependant il était implanté près de l'ovaire gauche.

En présence d'indications si multipliées, si complexes et si délicates à saisir et à interpréter, on comprend toutes les difficultés que le chirurgien doit éprouver à instituer le traitement.

Des pièces semblables ne sont pas très rares, et ces masses, tantôt sont de nature fibreuse, tantôt semblables à celles qu'on retrouvait dans le fait de M. Barth (1). Les kystes eux-mêmes sont unis ou pluriloculaires, grands ou petits, suivant la nature du produit morbide, et l'ancienneté de la maladie. C'est surtout pour ces tumeurs qu'on observe les adhérences et les lésions de voisinage, sur lesquelles j'ai longuement insisté.

Les tumeurs fibreuses, fréquentes dans l'utérus, sont rares dans l'ovaire. Voici un fait curieux (2) :

Les pièces provenaient d'une malade qui avait succombé, dans le service de M. Velpeau, à la suite de la rupture d'un abcès pelvien dans le péritoine.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

La cavité abdominale contenait environ deux litres de pus. Tout le bassin est rempli par une masse inégale, dans quelques points fluctuante, dans d'autres bosselée, dans laquelle plonge le rectum. Dans un point situé à la partie supérieure et gauche du bassin, près du détroit supérieur, près de l'endroit où l'S iliaque du côlon plonge dans le bassin pour former le rectum, un trou faisant communiquer la poche du bassin avec la cavité péritonéale. Quand on presse sur la tumeur, il sort du pus en grande quantité. Voilà la cause de la péritonite mortelle survenue chez la malade.

En étudiant avec soin cette masse, on trouve :

1° Une vaste poche purulente, siégeant à la partie postérieure et supérieure de l'utérus, entre cet organe et le rectum. C'est cette poche purulente qui, en se perforant, a amené la péritonite purulente.

2° Les deux poches placées derrière l'utérus et accolées sont bombées et de leurs bosselures

(1) M. le professeur H. Lebert, dans son bel ouvrage, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale* (Paris, 1857, t. I, p. 262, et pl. XXXV, XXXVI, XXXVII et XXXVIII), présente les observations et les figures de masses considérables dans des kystes de l'ovaire.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1853.

les unes sont fluctuantes, les autres dures. Ces tumeurs se continuent avec les parties latérales et le sommet de l'utérus. En disséquant avec soin, on retrouve d'abord le ligament rond, puis un autre cordon partant de l'angle de la matrice et allant aux tumeurs. Ce cordon est formé par la trompe et par le ligament de l'ovaire. L'ovaire est constitué par quelques corps fibreux et des kystes. Cette disposition se remarque de l'un et de l'autre côté. Les deux ovaires sont accolés sur la ligne médiane, derrière l'utérus, en avant du rectum. Ils laissent entre eux une échancrure à la partie postérieure pour loger le rectum.

3° L'utérus présente une série de bosselures curieuses à étudier, et qui nous offrent les corps fibreux sous leurs divers aspects et leurs différents âges d'évolutions.

Parmi ces corps fibreux, il en est qui occupent le parenchyme même de l'organe, qui sont logés au centre même du tissu utérin. Ils sont au nombre de quatre à six, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. On peut les énucléer avec facilité, etc.

Quant aux *kystes végétants*, ils sont formés, tantôt par une seule poche, tantôt par plusieurs loges. Sur la face interne de la paroi, on voit naître une série de tumeurs variables, les unes grosses comme une framboise, les autres du volume d'une aveline, d'une orange et même du poing. Ces corps polypiformes sont ordinairement constitués, surtout quand ils ont de petites dimensions, par un amas de cellules épithéliales, au centre desquelles existe un noyau plus ou moins dur; d'autres fois, par un tissu fibreux, voire même un tissu encéphaloïde ou aréolaire. Dans ces derniers cas, bien que les masses donnent à la tumeur l'apparence de kyste végétant, ces kystes doivent plutôt rentrer dans l'une des catégories indiquées plus haut.

Ces tumeurs, quand elles ont un certain volume, peuvent être reconnues et appréciées sur le vivant, au moment où l'on explore le kyste, ou mieux quand une ponction a été pratiquée. Ces kystes sont assez rares, mais ils jouent un grand rôle dans les indications et les contre-indications de la cure radicale des tumeurs enkystées de l'ovaire.

Des deux observations que je vais rapporter, l'une est un exemple de kyste végétant simple, l'autre de kyste composé, avec production de masses fibreuses et aréolaires.

1° *Kystes ovariques présentés à la Société anatomique, par M. Provent* (1). Ces pièces ont été recueillies sur le cadavre d'une femme de trente ans, qui a succombé dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 14.

La nommée L..., qui n'exerce d'autre profession que de se montrer en public, à cause de son prodigieux embonpoint, est d'une santé robuste, régulièrement menstruée.

Il y a huit ans, elle a fait une fausse-couche, pendant laquelle elle s'est livrée à de grands

(1) *Bullet. Soc. anat.*, 1855, p. 15.

efforts d'expulsion. Depuis cette époque, elle a vu paraître au-dessus de l'ombilic une tumeur arrondie, qui devenait fréquemment le siége de coliques. En la pressant entre les mains, la malade en réduisait le volume, ce qui s'accompagnait de gargouillement et diminuait les douleurs.

Il y a cinq jours au soir, L.... ressentit tout à coup des coliques violentes; en même temps la tumeur devint douloureuse et irréductible. Dans la nuit, il y eut trois selles liquides, deux autres le lendemain. Mais à partir de ce moment, constipation et vomissements persistants; mort.

Autopsie. — Ouverture de l'abdomen. — La paroi abdominale est doublée d'une couche de graisse sous-cutanée de cinq centimètres d'épaisseur. Pas d'épanchement ni de fausses membranes dans le péritoine. L'anneau herniaire, vu par sa face interne, ne présente même aucune altération, mais en soulevant la paroi abdominale, on découvre un kyste énorme remplissant la presque totalité du ventre.

Ce kyste est enlevé avec tous les organes pelviens.

La vessie est fortement injectée à sa face interne; il en est de même de la muqueuse du rectum; cet intestin a, dans sa portion sphinctérienne, un diamètre considérable. Le vagin et la portion intravaginale du col utérin ont une couleur brunâtre. Le col est assez mou, médiocrement gros.

L'utérus d'un volume normal, ou peut-être un peu exagéré, renferme dans sa cavité une certaine quantité de sang. La trompe du côté gauche est considérablement distendue par un kyste qu'elle contient, et qui semble en être une transformation. Elle est oblitérée et intimement adhérente à l'ovaire du même côté. Cet ovaire a son volume normal, mais sa coque fibreuse a trois ou quatre millimètres d'épaisseur, et sa résistance fait un contraste frappant avec le stroma de Baer, qui, au contraire, est fort mou, de consistance butyreuse et d'une couleur violette ; on y trouve cependant encore les traces anciennes d'un corps jaune.

La masse réunie de la trompe et de l'ovaire de ce côté, est appliquée à la face postérieure de l'utérus.

Il ne reste plus trace de l'ovaire droit, mais de tout le bord droit et de l'angle correspondant de l'utérus, part *une masse fibreuse* continue avec l'énorme kyste dont nous avons déjà parlé. A sa face antérieure rampe, en y adhérant, la trompe droite qui présente un calibre d'un centimètre de diamètre, et qui depuis son insertion utérine jusqu'à son pavillon oblitéré au niveau du sommet de kyste, a trente-cinq centimètres environ de longueur.

Le kyste, ouvert, ne laisse écouler que de la sérosité citrine. On y trouve néanmoins quelques flocons jaunâtres, probablement adipeux. Il a trente à quarante centimètres de diamètre dans tous les sens.

Sa face interne présente une foule de végétations granuleuses de volume variable, blanches, fibreuses, affectant surtout la forme de choux-fleurs.

Dans sa portion la plus voisine de l'utérus et continue, comme nous l'avons dit, avec cet organe par une masse fibreuse, s'ouvre une arrière-cavité à parois bien plus résistantes, semblant se continuer avec les mêmes végétations; mais ces végétations sont ici encore bien plus nombreuses et leur volume est surtout plus considérable. Une d'elles égale au moins celui d'une grosse noix.

2° *Kyste ovarique végétant. Tissu fibreux et aréolaire, etc.* (1). — Une femme de la Salpêtrière, âgée de soixante ans, portait depuis un grand nombre d'années une tumeur abdomi-

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 419.

nale dont le poids et le volume rendaient la progression extrêmement difficile; c'était bien évidemment une tumeur enkystée; mais l'exploration de l'abdomen me permit de reconnaître que la partie inférieure de la poche offrait de grosses masses bosselées extrêmement dures et parfaitement distinctes les unes des autres. La malade sollicitait depuis longtemps la ponction. Je ne m'y décidai, vu la nature évidemment composée de la tumeur, que lorsque le dépérissement, l'insomnie, l'oppression et les souffrances habituelles m'eurent annoncé qu'il était temps de passer par-dessus tous les inconvénients de la paracentèse. La présence des masses bosselées dut faire choisir pour le lieu de la ponction un point autre que la région occupée par les tumeurs; plongé dans le lieu d'élection accoutumé, le trocart serait tombé sur une d'elles. Je choisis la ligne blanche, et je recommandai l'emploi d'un très gros trocart, présumant bien que le liquide était albumineux. C'était en effet un liquide albumineux, mais filant qui, heureusement put s'écouler librement par la grosse canule.

Cette femme fut ponctionnée huit fois, à des intervalles divers, et à chaque fois elle recouvrait des forces, de l'appétit et la faculté de marcher. Après la ponction, la tumeur était réduite à des masses dures, mobiles les unes sur les autres, dont l'ensemble constituait environ le quart de son volume. Des accidents survinrent à diverses reprises, à la suite de ces ponctions. Une fois, la malade éprouva tous les symptômes de la péritonite la plus intense. Je la crus perdue. Le traitement antiphlogistique le plus énergique, les saignées générales et locales firent tomber les symptômes inflammatoires et la malade guérit. La huitième ponction avait été suivie d'accidents inflammatoires subaigus du côté de l'abdomen, de fièvre lente, de douleurs. Je soupçonnai une inflammation des parois du kyste; accident assez fréquent à la suite de la ponction dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et qui me fait redouter la ponction dans l'hydropisie enkystée beaucoup plus que dans l'hydropisie ascite ordinaire.

La malade, épuisée et fébricitante, sollicitait avec instance une neuvième ponction. Vaincu par ses instances, et persuadé d'ailleurs que l'évacuation du liquide pourrait prolonger sa vie de quelques jours, je m'y décidai. J'acquis alors la conviction de l'inflammation du kyste. Jusque-là, en effet, le liquide évacué par la ponction avait été albumineux, filant, parfaitement transparent; celui de la neuvième ponction fut trouble, mêlé de pus. La malade sembla se ranimer pendant quelques jours, mais elle ne tarda pas à succomber d'épuisement, la tumeur ayant déjà repris un volume considérable.

A l'ouverture, nous trouvâmes que le kyste adhérait aux parois abdominales par des liens celluleux, faciles à rompre à l'aide de la plus légère traction. Ce kyste s'enfonçait un peu dans l'excavation du bassin. Comme on le soulevait pour le détacher, son poids l'ayant entraîné, les liens qui l'unissaient à l'utérus ont été rompus, la tumeur est tombée de la table sur les dalles, où elle s'est crevée, et aussitôt s'est écoulée une grande quantité de liquide trouble, semblable à celui qui avait été retiré par la dernière ponction.

De la surface interne du kyste, qui était tapissé par une fausse membrane épaisse, naissaient plusieurs masses sphéroïdales irrégulières en volume, dont la plus petite avait celui d'une aveline, et la plus grosse celui d'une grosse pomme de reinette. Elles adhéraient par un gros pédicule. Leur surface lisse, demi-transparente, permettait de déterminer, préalablement à toute incision, la disposition aréolaire ou celluleuse de leur tissu. La coupe de ces tumeurs a montré que ces végétations étaient constituées par des cellules de capacité variable, qui n'avaient aucune communication les unes avec les autres. Quand on ouvrait une de ces cellules, on voyait les cellules voisines faire saillie dans la cellule ouverte, de manière à donner à cette dernière une forme cuboïde.

Les parois de ces cellules étaient d'ailleurs très résistantes, ici transparentes, là opaques.

Leur structure était fibreuse; le liquide contenu était transparent et albumineux pour le plus grand nombre des cellules, trouble et purulent pour les autres, d'où il résultait que ces tumeurs n'avaient pas été entièrement étrangères à l'inflammation des parois du kyste. Indépendamment de ces tumeurs sphéroïdales, qui proéminaient à la face interne de la poche, les parois du kyste contenaient dans leur épaisseur un gâteau aréolaire ayant la forme, l'aspect et le diamètre du placenta. Ce gâteau aréolaire avait la même structure que la tumeur (1). C'était en quelque sorte une tumeur épanouie dans l'épaisseur des parois du kyste. J'ai bien souvent rencontré une disposition semblable.

Dans certains cas, le kyste ovarique ou tubo-ovarique n'est qu'un épiphénomène. Les tumeurs fibreuses ou encéphaloïdes constituent la maladie principale. Je citerai plus loin quelques faits qui se rapportent à cette variété de tumeurs composées.

Ces kystes de l'ovaire, simples ou composés, se développent lentement, et, à moins que l'art intervienne, ils ont peu de tendance à disparaître spontanément. Quand ils sont guéris, on trouve une petite tumeur dure, résistante, ratatinée, formée de tissu fibreux, dans lequel on rencontre assez souvent des plaques dures, calcaires, ossiformes. Quelquefois la poche n'est pas complétement revenue sur elle-même, et elle peut être le point de départ d'un nouveau kyste. Mais cette nouvelle tumeur a peu de tendance à s'accroître, bridée qu'elle est par le tissu fibreux qui la revêt, et qui est le résultat du travail pathologique de retrait, qui s'est effectué dans le kyste. Le plus communément, il s'agit d'un kyste multiloculaire, et c'est une poche voisine qui se développe, quand la première est guérie.

M. Boinet (2) et M. Cazeaux (3) ont signalé, dans quelques cas, la disparition complète de la tumeur, après une ou plusieurs injections iodées ; du moins on ne la retrouvait dans aucune partie de la cavité abdominale, par la palpation faite avec le plus grand soin. Que s'est-il passé dans ce cas ? Comme l'a dit M. Cazeaux, il y a une lacune dans l'anatomo-pathologie des kystes ovariques. Les tentatives de cure radicale des kystes de l'ovaire sont de date encore récente ; les faits ne sont pas très nombreux, et je ne connais aucune autopsie faite sur une femme antérieurement guérie, et depuis longtemps, d'un kyste ovarique

(1) Il serait malheureux que, dans un cas semblable, le trocart tombât sur le lieu occupé par le gâteau aréolaire.

(2) *Traité d'iodothérapie*. Paris, 1857.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXII, p. 163.

traité par les injections iodées. En raisonnant par analogie, en étudiant ce qui se passe dans les autres cavités séreuses, dans la tunique vaginale, par exemple, on peut présumer ce qu'on doit observer pour les kystes de l'ovaire. Ainsi, les faits cités par MM. Cazeaux et Boinet, et dans lesquels, après une ou plusieurs injections, il ne restait plus trace de tumeur dans le ventre, se rapportaient probablement à des kystes ovariques d'un petit volume, et dont les parois lisses et peu épaisses pouvaient revenir tout à fait sur elles-mêmes, comme on l'observe pour la tunique vaginale, distendue par une énorme quantité de liquide. Mais quand la poche est un peu épaisse, quand la tunique fibreuse est assez résistante, quand le kyste a un certain volume, il reste un de ces noyaux durs, plus ou moins gros, dont j'ai parlé plus haut. Ces noyaux fibreux peuvent bien quelquefois s'enfoncer dans la cavité pelvienne, mais on les retrouve toujours par une exploration attentive.

Quoi qu'il en soit, il reste une lacune. Les faits manquent pour tracer d'une manière positive la description des kystes ovariques guéris, soit spontanément, soit par l'intervention de la chirurgie.

ARTICLE III. — KYSTES ANORMAUX DE L'OVAIRE.

Ces tumeurs sont de deux ordres ; ou bien ce sont des *kystes hydatiques,* ou bien des *kystes embryonnaires*.

I. — *Tumeurs hydatiques.* — On lit dans les auteurs qui ont écrit sur les kystes de l'ovaire : « Les kystes hydatiques sont rares dans cet organe. » Cette assertion est répétée dans les livres, et on la trouve reproduite plusieurs fois dans la mémorable discussion de l'Academie. Or, malgré les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré, *je n'ai pas trouvé un seul exemple de kyste hydatique de l'ovaire.*

On peut lire dans divers ouvrages, et notamment dans le livre de M. Boinet, des observations rapportées sous le titre de kystes hydatiques de l'ovaire. M. Robert a aussi parlé d'une tumeur hydatique dans la région ovarienne, mais M. Robert s'est borné (avec raison) à indiquer en termes vagues le siége de cette lésion. En effet, dans toutes les observations, on n'a pas constaté *anatomiquement* le *siége* de la tumeur. J'avais cru un instant rencontrer une observation de kyste hydatique de l'ovaire dans les *Bulletins de la Société anatomique*, ce rare et précieux musée de

pièces pathologiques rigoureusement observées (année 1842, vol. XVII, page 261). Mais cette tumeur avait son siége non dans l'ovaire, mais dans le ligament large. On lit en effet :

On voyait une tumeur hydatique, semblable à une vésicule du fiel en raccourci, occuper la *trame celluleuse intermédiaire à l'ovaire et au ligament large.* Isolée et comme flottante, cette tumeur était distendue par un liquide limpide et clair.... *Elle n'avait pas porté atteinte à l'ovaire,* dont la substance était parfaitement saine....

Ce ne sont pas là les vrais caractères de l'hydatide : l'observation ne dit pas qu'il y ait eu une vésicule absolument libre de toute part. L'original vérifié dit que la tumeur dite hydatique adhérait. C'était un kyste dans le corps de Wolf.

Nous indiquerons plus loin d'autres exemples semblables, et si j'ai insisté sur cette observation, c'est qu'elle est classée sous le titre de *tumeur hydatique de l'ovaire* (1).

II. — *Les tumeurs enkystées embryonnaires* sont variables ; les unes ont pour point de départ une *grossesse extra-utérine*, les autres une *inclusion*. Celles-là donnent lieu par leur présence à la formation d'un kyste reposant sur l'ovaire, dans la trompe, dans le pavillon de la trompe, dans le tissus utérin, le péritoine, etc., et constituent les grossesses tubaires, tubo-ovariennes, péritonéales, etc. Nous essayerons d'établir plus tard le diagnostic de ces tumeurs et de déterminer les caractères cliniques qui les séparent des kystes de l'ovaire proprement dits ; mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la description de ces diverses altérations. Celles-ci, au contraire (les kystes fœtaux par inclusion), nous arrêteront quelques instants.

Ils ont pour siége de prédilection le testicule chez l'homme ; l'ovaire chez la femme. Dans les faits que l'on a décrits, on rencontre une poche formée de tissu cellulaire et de tissu fibreux, offrant quelquefois, comme dans les exemples précédemment cités, des points cartilagineux, des plaques ostéo-calcaires. La face externe est assez intimement unie aux parties environnantes ; la face interne est plus ou moins anfractueuse, rarement lisse et polie. L'intérieur du kyste est rempli par du

(1) Table générale des matières contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique.* — 30 années ; par le docteur J. Bouteiller, 1857. — Cette table, si bien faite, constitue un livre de recherches bien précieux pour les travailleurs.

sang, des caillots, des paquets de fibrine, quelquefois de la sérosité, et au milieu de ce magma, de ce liquide, on trouve des morceaux d'os ordinairement méconnaissables, des dents, des poils, etc. Le fœtus, s'il adhère au kyste, vit d'une vie végétative. Dans le cas contraire, il est soumis à la double loi d'absorption et de décomposition, comme corps étranger.

Le volume de ces tumeurs est variable. On en a vu qui avaient à peine la grosseur d'une noix; on en a vu qui avaient le volume des deux poings. Ils renferment, dans certains cas, des dents, et le nombre de ces dents a été quelquefois porté à des proportions vraiment curieuses, et cela probablement parce qu'on a pris pour des dents des morceaux d'os venant de différentes parties du corps d'un fœtus. Tels sont les faits de Cleghorn, cités par Meckel (44 dents), de Ploucqet et Auteurieth (plus de 300 dents) (1). On a rencontré des maxillaires, des ongles, de la laine chez les brebis, des plumes chez les oiseaux, de la bourre chez les bœufs. Quelquefois la peau qui tapissait la face interne avait des pores, des bulbes très développés. Bauhin, dans une de ces tumeurs, ayant vu des poils blancs chez une femme qui ne présentait pas de poils au pubis, admit que c'était une transposition.

Enfin, on trouve dans ces kystes une matière grasse, onctueuse, ressemblant à du beurre rance ou à de la pommade, ou encore à de la moelle épinière ramollie.

Parmi tous ces kystes, les plus fréquents sont ceux constitués par une poche fibreuse, formée aux dépens du tissu de l'ovaire, cette matière grasse, dont je viens de parler, et des poils plus ou moins abondants, dispersés au milieu de cette masse onctueuse, ou bien adhérents aux parois du kyste par une de leurs extrémités.

Parmi les exemples nombreux de tumeurs semblables, j'ai choisi quelques faits qui m'ont paru offrir un grand intérêt, et que je mettrai à profit dans la seconde partie de ce travail.

Le premier a rapport à un kyste pileux, contenant une portion de maxillaire.

Il a été trouvé à l'ouverture du cadavre d'une femme primipare, morte à la Maternité de fièvre puerpérale. Ce kyste, du volume d'un œuf de pigeon, occupe l'ovaire droit; ses parois sont épaisses, fibreuses, blanchâtres. Sa cavité contenait, au milieu d'une matière jaunâtre

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale.*

grasse, une petite production osseuse plus large que haute, ayant une ressemblance imparfaite avec un os maxillaire pourvu de deux dents, dont l'une paraît être une canine et l'autre une incisive. Elles sont saillantes. De plus, on trouve dans le kyste des cheveux blancs peu longs. L'ovaire gauche contenait un *corpus luteum*.

Le deuxième n'a été découvert qu'à l'autopsie, de même que le précédent. Mais il ne renfermait aucune portion osseuse. Il a été recueilli sur une femme de vingt-six ans, qui succomba, dans le même service, à la fièvre typhoïde.

La lésion qu'elle présentait, n'ayant pas été soupçonnée pendant la vie, nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de la malade. On ignore si elle avait eu des enfants; la seule chose que l'on put constater à l'autopsie, c'est que la membrane hymen n'existait pas.

La tumeur de l'ovaire, du volume de la tête d'un fœtus à terme, occupait la plus grande partie de la cavité du bassin, surtout à droite; elle était molle, fluctuante, donnant quand on la palpait, la sensation de corps dur et volumineux flottant dans un liquide.

Elle contenait environ quatre cents grammes de liquide sanieux, trouble; de la matière graisseuse fractionnée en morceaux de grosseur variable; des poils mêlés à la matière grasse, pelotonnés, de la longueur de cinq à six centimètres au plus, enfin une portion d'os informe. Pas de dents ni de lambeaux de peau.

Le troisième, un peu plus volumineux que le précédent, et qui a été observé par M. Decès, interne des hôpitaux, a pu être étudié pendant la vie. Il a été recueilli sur une femme âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital de Lariboisière, au commencement du mois de juillet 1854.

Cette femme était encore bien réglée. Elle est mère de plusieurs enfants et son dernier accouchement eut lieu huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Trois mois avant cette dernière grossesse, la malade s'aperçut d'une tumeur siégeant dans le flanc gauche. Néanmoins la grossesse suivit régulièrement son cours et se termina heureusement. Depuis, la tumeur n'a cessé d'augmenter et est arrivée à un développement assez considérable. Les règles ont repris leur cours normal.

La malade présente tous les phénomènes dus à une accumulation de liquide dans la cavité abdominale. Un seul signe mérite d'être noté : quand elle est couchée et que l'on vient à palper l'abdomen, on sent très distinctement un corps solide qui fuit sous le doigt, s'éloigne, puis revient le frapper; la sensation est la même que celle du ballottement dans la grossesse. On l'obtient également, lorsque la malade est assise. Rien au toucher vaginal.

La malade est prise du choléra, et succombe le 22 juillet dans l'après-midi.

Autopsie le 24 au matin. La paroi abdominale est incisée avec précaution et isolée du kyste, auquel elle n'est unie que par quelques adhérences. Le kyste est enlevé de la cavité abdominale avec les organes génitaux internes; il n'adhère d'ailleurs qu'au bord libre du grand épiploon. Il présente dans sa circonférence, horizontalement, quatre-vingt-quinze centimètres, et verticalement, quatre-vingt-six centimètres dans un sens et soixante et quatorze centimètres dans l'autre.

Les parois sont épaisses d'un demi-centimètre, et d'une couleur rouge noirâtre.

Il est situé à gauche de l'utérus, auquel il tient par un cordon, qui a l'apparence d'une trompe. *On ne trouve pas d'ovaire de ce côté.* L'utérus, la trompe et l'ovaire droits, sont sains.

Le kyste est rempli par dix litres d'un liquide brunâtre, un peu fétide, ayant quelque ressemblance avec l'eau dans laquelle ont macéré des pièces anatomiques. Au milieu de ce liquide nagent dix à douze masses, ayant la couleur et l'aspect du mastic, très grasses au toucher, et laissant sur le doigt, qui les presse, un peu de leur substance. Ces masses, dont plusieurs ont le volume du poing d'un adulte, sont plus légères que le liquide dans lequel elles flottent. Coupées en morceaux, elles présentent dans leur intérieur le même aspect, contiennent des poils en très grande quantité, et quelques petits fragments d'os comme des petites écailles.

A l'analyse chimique, on y trouve une matière grasse, différente du gras de cadavre, car elle ne fond qu'à la température à laquelle fondent les graisses. Cette matière grasse est superficielle. On trouve encore des matières azotées, un peu de cholestérine et des phosphates calcaires. La densité des masses est moindre que celle de l'eau. Le poids total est de 2 kilogrammes 300 grammes. Un très grand nombre de petits grains de substance en tout semblables aux masses, et gros comme des grains de millet, nagent dans le liquide. On y trouve encore deux tourbillons de poils isolés.

L'analyse chimique a été faite par M. Grassi, pharmacien en chef à l'hôpital Lariboisière.

Ces kystes pileux ou fœtaux peuvent contracter des adhérences avec les parties environnantes, s'enflammer et s'ouvrir à l'extérieur. Cette variété de tumeurs offre plutôt cet accident que les kystes ovariques proprement dits.

M. Jarjavay a présenté à la Société anatomique, en 1852, un exemple de kyste pileux de l'utérus qui s'est ouvert à la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, à trois centimètres au-dessus du pubis. Un abcès, ayant apparu en ce point de la paroi abdominale, fut ouvert, et, au grand étonnement des chirurgiens, le pus qui sortit, contenait une grande quantité de poils. Depuis, la malade est morte d'épuisement.

La dissection a permis de reconnaître que l'orifice extérieur correspondait à un kyste de l'ovaire, dans l'intérieur duquel on trouvait une grande quantité de poils implantés (1). Ce kyste s'était placé au-devant de l'utérus et sur les parois latérales de la vessie. Je ne connais de comparable à ce fait qu'un cas rapporté par Larrey, dans lequel un kyste de l'ovaire s'ouvrit dans la vessie, et celle-ci à l'extérieur, à travers la paroi abdominale antérieure.

(1) M. Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. I, XVIII[e] livraison), et M. H. Lebert (*Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, Paris, 1857, t. I, pl. XXXVIII), ont décrits et figurés des masses pilifères curieuses qui s'étaient développées dans les ovaires. M. Lebert a figuré une mèche de poils de la longueur d'un mètre.

Je citerai un exemple de kyste hématique de l'ovaire, simulant au premier abord un kyste fœtal, présenté à la Société anatomique, par M. Gibert, interne distingué des hôpitaux. Il avait été recueilli sur le cadavre d'une fille fort jeune. A cet âge, les kystes sont rares, même les kystes par inclusion, et de pareilles tumeurs seraient beaucoup mieux prises, sur le vivant, pour des tumeurs encéphaloïdes. Je rapporte plus loin deux de ces faits, tous deux présentés à la Société anatomique, l'un par M. Moysant, interne des hôpitaux; l'autre par M. Goupil, médecin des hôpitaux.

CHAPITRE II. — Caractères anatomiques des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.

Comme je l'ai annoncé plus haut, parmi ces tumeurs, il en est que j'étudierai avec quelque développement, sans donner toutefois à leur description l'étendue que j'ai consacrée aux kystes de l'ovaire ; d'autres seront passées en revue avec soin; quelques-unes, enfin, ne seront qu'indiquées.

Je diviserai ces tumeurs en deux classes, suivant leur consistance et la nature de leur contenu, et je passerai successivement en revue les tumeurs liquides et les tumeurs solides qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire et qui doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des tumeurs ovariennes.

ARTICLE Ier. — Tumeurs liquides.

§ Ier. — Kystes du ligament large.

Ces kystes, indiqués et décrits pour la première fois, par M. Velpeau, dans le Dictionnaire en 30 volumes, ont été étudiés plus tard par les auteurs du *Compendium de médecine*, et par M. Huguier. Ils ont pour siége ou pour point de départ, soit le tissu cellulaire du ligament large, soit l'organe de Rosenmüller, dernier vestige du corps de Wolf (Follin), soit les vaisseaux qui constituent le flexus pampiniforme. Ils ne sont pas rares, et leur volume varie entre celui d'une tête d'épingle, d'un pois, d'une noisette, d'une noix. Rarement, ils acquièrent des dimen-

sions plus grandes. Ils renferment, tantôt de la sérosité pure, tantôt un liquide filant, visqueux, tantôt un liquide sanguinolent. Quand ils sont tout petits, on les voit très bien, par transparence, en étalant et soulevant le ligament large du côté de la lumière. Ils sont parfois pédiculés, parfois sessiles. M. Verneuil prétend, et « M. Hoüel a, dit-il, trouvé » exacte cette assertion, que ces kystes sont surtout sessiles chez l'en- » fant et pédiculés chez l'adulte. » Les kystes pédiculés ont d'abord été sessiles et leur pédicule ne s'est formé que peu à peu. Le pédicule peut se rompre, et alors le kyste devient libre dans l'abdomen. Dans d'autres circonstances, le liquide renfermé dans cette petite poche disparaît; ses parois reviennent sur elles-mêmes et constituent un petit polype fibreux. Cette production peut elle-même se détacher et constituer un corps étranger de la cavité péritonéale. M. Luys a présenté à la Société anatomique un petit kyste qu'il avait trouvé dans l'abdomen, libre de toute adhérence. Peut-être cette petite tumeur avait-elle pour origine une de ces productions dont je viens de parler, dans le ligament large ou l'aileron de la trompe.

§ II. — Kystes des trompes.

La trompe, son canal, son pavillon, peuvent être le siége d'une dilatation kystique, et cette altération peut exister seule ou se rencontrer coïncidant avec un kyste ovarique. Il s'agissait probablement de tumeurs semblables dans les cas rapportés par Boivin et Dugès (1) et M. Follin, et dans lesquels des kystes se vidaient par l'utérus. Il en est de même d'un fait décrit par Morgagni (Lettre 38e) :

« Une femme laissait écouler, par le vagin et par jour, une livre de » liquide environ. A sa mort, on trouva la trompe très dilatée et con- » tenant environ cent trente livres d'un liquide glaireux. »

Ces tumeurs ont été surtout bien étudiées par M. Ad. Richard (2). Elles peuvent se développer primitivement et d'emblée dans la trompe, ou bien être constituées par le liquide provenant d'un kyste ovarique et qui s'est épanché consécutivement dans le canal de cet organe.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1833, t. II, p. 580.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 121.

Il est curieux de voir que les auteurs confondaient tous ces kystes des trompes avec les kystes de l'ovaire. On trouve l'explication de cette confusion dans l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Elles forment, de chaque côté ou d'un seul côté de l'utérus, une masse plus ou moins considérable, fluctuante, transparente ; l'ovaire, le ligament rond, la trompe, tout est confondu. L'ovaire fait un relief sur la poche; et, à un examen superficiel, on peut penser que c'est un kyste limité à une des loges de l'ovaire. Si l'on n'a pas recours à une dissection attentive, on tombe dans l'erreur, qui a passé d'âge en âge, jusqu'à ces derniers temps.

Cependant, *à priori*, ces kystes sont plus bleuâtres, plus transparents ; la membrane qui les recouvre est plus mince. Le kyste de la trompe est refoulé presque toujours en arrière de l'utérus et occupe principalement le petit bassin. Sa poche est plus ou moins épaisse, suivant le volume du kyste ; le plus souvent elle est réduite à une lamelle fibro-séreuse mince. Le liquide est constitué par de la sérosité, et cela se conçoit d'autant mieux que la membrane interne de la trompe tient à la fois des membranes muqueuse et séreuse, mais plutôt de cette dernière.

En disséquant la tumeur, on retrouve le ligament rond et l'ovaire que l'on détache aisément. La trompe est oblitérée vers la cavité utérine et du côte de la cavité péritonéale. On peut, dans quelques cas, arriver jusque dans la poche, en introduisant un stylet fin par la cavité utérine, déboucher l'ouverture de la trompe et alors vider le kyste. D'autres fois, et le plus souvent, l'obstruction est complète.

Une même trompe peut présenter plusieurs kystes échelonnés comme des grains de chapelet. Le kyste peut occuper le pavillon, et c'est là son siége de prédilection, ou le canal lui-même.

Quand le kyste occupe le pavillon et le canal, on trouve une tumeur plus grosse, et, en longeant cette tumeur, un canal qui ressemble à une circonvolution intestinale. La grosse tumeur, c'est le pavillon ; la circonvolution, c'est le conduit de la trompe.

Quand les deux trompes sont le siége de kystes, ces tumeurs se touchent souvent à la partie postérieure de l'utérus. Elles semblent ne former qu'une grosse tumeur liquide, avec deux prolongements qui se

dirigent vers les cornes utérines, et l'utérus repose, pour ainsi dire, dans cette masse comme sur un coussinet.

Voici la description d'une de ces tumeurs que j'ai donnée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1852) :

La malade était couchée dans la salle Sainte-Catherine (service de M. Velpeau), et s'y trouvait déjà depuis plusieurs mois. Elle était âgée de quarante à quarante-cinq ans.

Depuis plus de dix ans, elle avait de temps en temps des pertes plus ou moins abondantes, et déjà plusieurs fois elle était entrée dans le service de M. Velpeau. De larges vésicatoires avaient été appliqués sur l'abdomen et sur la région lombaire. Les pertes s'étaient arrêtées, et la malade était sortie de l'hôpital. On trouvait alors, ce qu'on trouvait au moment de son dernier séjour, au-dessus du pubis, une masse énorme, dure, du volume d'un utérus contenant un enfant à terme, ayant une forme assez régulière. Par le toucher vaginal, on sentait le col assez gros, un peu mollasse. La femme était pâle, avait un teint à reflet plombé, avec un peu de bouffissure de la face, pas de teint jaune habituellement caractéristique de la cachexie cancéreuse. On pensait tout naturellement à des corps fibreux de l'utérus.

La malade était donc depuis plusieurs mois dans cet état, quand tout à coup les pertes devinrent plus abondantes, la malade s'affaiblit promptement, et trois jours après elle mourut à la suite de ces hémorrhagies.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — En ouvrant l'abdomen, je fus frappé d'apercevoir tout de suite une masse de petites tumeurs disséminées dans le mésentère. J'écarte les intestins, et je trouve que ces petites tumeurs se prolongent, le long de la colonne vertébrale, du côté du rectum en bas, et jusqu'au milieu du médiastin postérieur en haut. Ces petites tumeurs sont d'un blanc mat, molles, se laissant écraser assez aisément, et rappelant très bien, par leur couleur et leur consistance, la substance blanche cérébrale. Il n'y avait à hésiter qu'entre du tissu encéphaloïde ou des ganglions tuberculeux ramollis. Mais ces petites tumeurs sont partout au même degré de ramollissement ; les poumons sont parfaitement sains, et, avec un examen plus attentif, on est vite convaincu que c'est du tissu encéphaloïde.

Cette femme nous offre aussi un foie gras. La substance corticale des reins est un peu atrophiée, les uretères dilatés. Arrivons aux organes génitaux :

1° L'utérus a conservé sa forme normale, mais a pris un volume au moins quinze fois plus considérable que ses dimensions naturelles. Si on le coupe, on constate que cette masse énorme est due à une hypertrophie générale de l'utérus.

2° Sa cavité est remplie de putrilage, de caillots sanguins et de liquide sanieux.

3° Le col de l'utérus, quand on l'a incisé, laisse échapper une matière blanche, formant un putrilage du côté de la cavité du col. L'espace occupé par cette matière encéphaloïde pourrait contenir un petit œuf de poule.

4° Rien du côté du vagin ou de la vessie. Le rectum passe derrière l'utérus, et entre les deux organes sont situées et accolées sur la ligne médiane deux énormes poches, représentant à elles deux au moins le volume de la tête d'un enfant nouveau-né.

5° Que sont les poches ? Par une dissection attentive et délicate, on parvient à séparer ces deux poches. Toutes deux sont très fluctuantes ; toutes deux sont surmontées par un cordon rempli de liquide séreux, offrant, à s'y méprendre d'abord, l'aspect d'un bout d'intestin grêle distendu par un liquide. En poursuivant plus loin la dissection, on retrouve en avant le ligament rond, puis on sépare la trompe de l'ovaire.

Or voici comment se présente la trompe : cette espèce d'anse d'intestin grêle, de la longueur d'un décimètre au moins, n'est autre que le conduit de la trompe, étranglé, oblitéré à un centimètre du corps de l'utérus. Du côté du pavillon, ce conduit vient s'ouvrir dans une poche ayant au moins le volume d'un œuf d'oie. Ce conduit et ce kyste, qui n'est autre chose qu'un kyste dans le pavillon de la trompe, communiquent entre eux ; c'est un énorme kyste de la trompe et du pavillon. Ce kyste a contracté des adhérences avec la face postérieure et supérieure de l'ovaire, adhérences assez intimes, assez difficiles à détruire avec le scalpel.

L'ovaire est du volume d'un œuf de poule, formé de bosselures ; les unes mollasses et blanches, les autres fluctuantes. Les bosselures mollasses sont constituées par du tissu encéphaloïde ; les bosselures fluctuantes sont formées par des kystes, les uns communiquant entre eux, d'autres isolés et indépendants.

Cette pièce offre le plus grand intérêt ; elle est remarquable et par l'hypertrophie considérable de l'utérus et par la présence du tissu encéphaloïde dans le col, les ovaires, le mésentère, etc., sans que la malade ait présenté le teint caractéristique de la cachexie cancéreuse, et par les kystes de l'ovaire, et aussi surtout par les deux kystes des trompes.

Je ferai remarquer en terminant que les deux ovaires et les trompes étaient accolés et situés derrière l'utérus, parce que ces organes peuvent dans cet endroit se développer avec moins de gêne. J'ajoute que cette femme offrait un foie gras et des poumons parfaitement sains.

Peut-être, à la longue, les kystes de la trompe auraient-ils pu s'ouvrir dans l'utérus et se vider par cet organe. Mais je donne cette hypothèse, sans y attacher aucune importance pour ce cas, et sans m'y arrêter.

La connaissance, l'étude de ces tumeurs n'est pas seulement intéressante au point de vue de la science, mais bien plus encore au point de vue des applications à la pathologie et à la thérapeutique.

Ces kystes sont purement séreux, ont leurs parois peu épaisses et se prêtent merveilleusement aux injections irritantes. — Si les trompes ne sont pas complétement oblitérées, leur cathétérisme peut donner d'excellents résultats. — La ponction peut être pratiquée par le vagin et aussi par la cavité utérine. Nous reviendrons plus loin sur ces faits et leur indication thérapeutique.

Il n'est pas rare de trouver un kyste ovarique et un kyste de la trompe sur une même pièce. Ces deux tumeurs communiquent entre elles et se vident l'une dans l'autre. Quand on presse la tumeur ovarienne, elle s'affaisse et le liquide passe dans la trompe et réciproquement.

Il est difficile, dans ces cas, de décider, d'une manière absolue ou satisfaisante, si le kyste ovarique a précédé le kyste tubaire, ou si ces deux poches se sont développées simultanément.

Le pavillon, je l'ai dit plus haut, est le siége de prédilection de ces kystes des trompes. Quant la poche occupe le pavillon, il est rare que le liquide ne pénètre pas en même temps dans le canal de la trompe ; mais

quand il a pour siége les franges du pavillon, il peut rester, et reste souvent, parfaitement isolé. J'ai vu, il y a quelques jours, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, un exemple de ces altérations. Une femme avait succombé à un cancer du foie. A l'autopsie, on trouve, d'un côté, un petit kyste, gros comme une noisette, et qui avait pour siége le pavillon d'une des trompes, et de l'autre côté, deux petites tumeurs liquides, transparentes, grosses comme des grains de blé, appendues par un petit pédicule, étroit, mince, et qui avaient leur origine bien évidente dans les franges du pavillon.

Mais ces petites poches n'ont d'intérêt qu'au point de vue anatomique, et nous éloignent des kystes ovariens ou des tumeurs qui peuvent les simuler.

§ III. — Tumeurs enkystées du péritoine.

Ces tumeurs, bien décrites par Boyer qui en rapporte plusieurs exemples fort curieux, sont assez rares. Elles ont pour siége la cavité péritonéale; elles ont pour limites des adhérences établies entre les deux feuillets de la séreuse abdominale. Dans certains cas, quand elles sont placées dans l'une des fosses iliaques, elles peuvent revêtir tous les caractères de kystes ovariques et rendre le diagnostic fort difficile.

J'ai présenté, en 1851, à la Société anatomique, une pièce pathologique qui vient à l'appui de cette assertion.

Sur le cadavre d'une vieille femme apporté à l'École pratique, je remarquai l'existence d'une tumeur péritonéale, bien circonscrite, bien limitée, faisant, à travers la paroi abdominale, un relief bien prononcé, et présentant tous les caractères d'une poche arrondie, fluctuante, et placée dans une des fosses iliaques. Après avoir ouvert la paroi abdominale, je trouvai l'utérus et ses annexes parfaitement sains. La poche fluctuante, grosse comme la tête d'un adulte, était appliquée dans la fosse iliaque droite, et descendait jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin. L'S iliaque du côlon était appliquée au-devant de la poche, de façon que le côlon descendant, au lieu de descendre vers la fosse iliaque, se dirigeait, de gauche à droite, jusqu'au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite; puis se recourbant, de droite à gauche, venait s'engager dans la cavité pelvienne et reprendre sa place ordinaire. Le péritoine recouvrait le kyste, et pouvait être décollé sur toute son étendue. J'ai pu ainsi retirer complétement la tumeur de la cavité abdominale; elle était constituée par une poche fibro-séreuse mince et remplie d'un liquide séreux. Sa paroi interne était parfaitement lisse.

§ IV. — Tumeurs enkystées, hydatiques ou séreuses, du mésentère et de la cavité abdominale.

A côté de ces kystes péritonéaux proprement dits, viennent se grouper les kystes séreux du mésentère. On trouve des exemples de ces tumeurs, qui, comme certains kystes ovariques, ont passé inaperçues pendant la vie et dont on n'a reconnu l'existence qu'à l'autopsie.

M. Mesnet a présenté à la Société anatomique, en 1851, un kyste du mésentère, siégeant vers la terminaison de l'intestin grêle, ayant la forme d'une demi-sphère et la grosseur d'un œuf. La femme avait succombé à une hypertrophie du cœur avec emphysème pulmonaire.

Ce kyste était peu volumineux encore, et la présentation de M. Mesnet se borne aux indications que je viens de rapporter. Mais si ce kyste avait grossi, il est possible que par la suite il eût donné lieu à de grandes difficultés pour le diagnostic.

Les kystes acéphalocystes du mésentère, des épiploons, du bassin et du petit bassin, sont bien plus fréquents que les kystes séreux. Leur existence dans les régions où ils peuvent simuler les kystes de l'ovaire, coïncide le plus ordinairement avec la présence d'autres tumeurs dans d'autres points de la cavité abdominale ou des cavités environnantes. Ces productions parasitaires se rencontrent aussi fréquemment dans l'un et l'autre sexe, mais au point de vue où nous sommes placés, elles ne doivent nous occuper que chez la femme. On en rencontre beaucoup d'exemples dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Je me bornerai à rapporter ici une observation des plus curieuses et que j'emprunte à l'excellent ouvrage de M. Cruveilhier. La tumeur, dans ce cas, a été prise pour un kyste ovarique, et a donné lieu à une erreur de diagnostic. Elle nous est ainsi doublement précieuse (1).

Kyste acéphalocyste multiple de l'épiploon pris pour un kyste ovarique multiloculaire. — Une jeune fille de vingt-trois ans est entrée dans mon service à la Charité, en octobre 1852, pour une tumeur abdominale, qui me parut présenter les caractères d'une hydropisie enkystée multiloculaire de l'ovaire. Cette tumeur était molle, fluctuante dans la plus grande partie de

(1) Consulter, pour d'autres faits, les *Bulletins de la Société anatomique*. Les différentes observations sont parfaitement indiquées dans la table si bien rédigée par M. le docteur Bouteillier (de Rouen) : — *Hydropisie enkystée de l'abdomen*, t. III, p. 228 ; — *Hydropisie de l'arrière cavité des épiploons*, t. XIX, p. 332 ; — *Hydropisie des parois abdominales*, t. XIX, p. 283 ; — et *Kystes acéphalocystes de l'abdomen, des épiploons*, etc.

son étendue, c'est-à-dire à sa circonférence; elle était tendue, formée par des masses sphéroïdales bien distinctes, dont quelques-unes étaient douloureuses à la pression. L'état général était d'ailleurs excellent : embonpoint, fraîcheur remarquable, appétit; apyrexie complète; point de cause connue du développement de cette tumeur. Ma première pensée fut de ne rien faire, et plût au ciel que je n'eusse pas changé d'avis. Mais bientôt cette jeune fille se plaignit de douleurs vives, surtout à la partie latérale droite de l'abdomen, où la pression était devenue très douloureuse. Une de ses voisines, affectée d'ascite par cirrhose, venait d'être grandement soulagée par la ponction. Elle me demandait le même soulagement. J'étudiai sa tumeur avec plus de soin encore, et je constatai de nouveau que la tumeur était molle, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue, et semblait divisée par un rétrécissement léger en deux parties inégales : l'une droite, plus considérable ; l'autre gauche, plus petite; mais je constatai aussi que l'impulsion imprimée au liquide par un choc léger et brusque (par chiquenaude), sur l'un des côtés de la tumeur, n'était pas transmise de l'autre côté. Si, au contraire, je pressais largement d'une main la partie latérale droite de la tumeur, l'autre main, appliquée sur la partie latérale gauche, était fortement soulevée, comme si le liquide était contenu dans une seule et même poche. J'en conclus, ou qu'il n'existait qu'une seule poche, ou bien qu'il existait deux poches accolées non communicantes, ou bien enfin que la quantité du liquide contenu ne lui permettait pas cet ébranlement général, d'où résulte le choc par contre-coup (1). J'hésitais encore à faire pratiquer la ponction; mais les douleurs augmentaient toujours, et, persuadé que ces douleurs étaient la conséquence de la distension de la poche principale, je me décidai à la ponction, en recommandant à l'interne (M. Galliet) de choisir un trocart du plus gros diamètre, dans la pensée que, comme dans la plupart des kystes ovariques multiloculaires, nous allions rencontrer un liquide filant, à la manière du blanc d'œuf. Relativement au lieu de la ponction, j'hésitai quelque temps entre le côté gauche et le côté droit. Malheureusement j'optai pour le côté gauche, par la seule raison que la tumeur était plus proéminente de ce côté.

La ponction est pratiquée pendant que je faisais ma visite. Il s'échappe quelques cuillerées d'un liquide purulent, qui s'arrête brusquement. Je suis appelé. A l'aide d'un stylet introduit dans la canule, nous favorisons la sortie de flocons que je crus d'abord pseudo-membraneux. Ces flocons sortis, le liquide reparaît, puis cesse de couler, puis reparaît, à chaque fois que nous retirons à l'aide de pinces les flocons d'albumine qui obturent la canule ; une pression exercée au voisinage en favorise la sortie; puis le liquide s'arrête définitivement. Je retire la canule ; le liquide continue à suinter par la petite plaie, et nous favorisons encore sa sortie par une douce pression. Alors seulement la pensée me vient que le prétendu kyste multiloculaire de l'ovaire pouvait bien n'être qu'un groupe de kystes acéphalocystes; que les prétendus flocons pseudo-membraneux, que j'avais cru reconnaître, pouvaient bien n'être que des fragments d'acéphalocystes. La vérité se présenta alors à mes yeux avec toutes ses conséquences, car j'avais observé un cas analogue : le liquide purulent contenu dans la poche allait s'épancher dans l'abdomen, et une péritonite suraiguë allait se produire. J'examinai donc avec plus d'attention les flocons retirés. C'étaient, en effet, des débris opaques de membranes acéphalocystes.

(1) La fluctuation est le résultat du déplacement en masse de la partie contenue, qui peut être molle ou liquide ; le choc par contre-coup est le résultat d'un ébranlement moléculaire, ébranlement produit par une percussion très rapide, brusquement imprimée sur le point diamétralement opposé à celui que l'on explore à l'aide de l'autre main.

J'annonçai des accidents aussi prompts que formidables, et, en effet, quelques heures après la ponction, frisson avec tremblement, altération profonde de la face, dépression extrême du pouls, douleur abdominale excessivement vive, ballonnement du ventre.

Le lendemain, sueur glaciale. Mort le troisième jour, au milieu des plus vives douleurs.

Ouverture. — Péritonite purulente (de 5 à 6 litres de pus dans l'abdomen). Ce pus était légèrement rosé, mêlé de flocons pseudo-membraneux. Une couche pseudo-membraneuse mince tapisse la totalité du péritoine, qui est excessivement rouge et parsemé de larges plaques rouge foncé, rouge noir, avec extravasation sanguine. Je n'ai jamais vu de coloration plus intense du péritoine enflammé. Je reconnus tout de suite que nous avions eu affaire, non à un kyste de l'ovaire, mais à une masse de kystes acéphalocystes développés dans l'épaisseur de l'épiploon, masse analogue à celle que j'ai fait représenter (pl. 1 et 2, livr. XIX). Cette masse, libre dans sa moitié gauche, adhérait par des liens celluleux, nombreux et très résistants, à la moitié droite des parois abdominales. J'acquis donc la triste certitude que si, au lieu d'avoir été pratiquée à gauche, la ponction avait été faite à droite, la ponction aurait eu sans doute le même résultat négatif, en tant que ponction, mais elle n'aurait pas été suivie d'épanchement dans la cavité péritonéale, et, par conséquent, de péritonite mortelle.

Cette masse de kystes hydatiques de volumes très divers, non-seulement remplissait une bonne partie de l'abdomen, mais encore plongeait dans l'excavation pelvienne, qu'elle remplissait entièrement, et s'enfonçait entre l'utérus et le vagin, qui étaient en avant, et le rectum qui était en arrière ; de telle sorte qu'on aurait pu facilement atteindre cette masse hydatique, pendant la vie, par le toucher rectal aussi bien que par le toucher vaginal.

Les deux ovaires étaient parfaitement sains, ainsi que la trompe gauche ; mais la trompe droite communiquait largement avec le kyste principal par son extrémité libre, de telle façon que les deux tiers externes de la trompe très dilatés contenaient le même liquide que la poche principale. La trompe était d'ailleurs oblitérée du côté de l'utérus.

C'était bien dans le kyste principal que le trocart avait pénétré. Ce kyste était uniloculaire, mais divisé par des rétrécissements en quatre compartiments. Il contenait un liquide purulent, semblable à celui qui avait été évacué par la ponction et un grand nombre de débris d'acéphalocystes. C'étaient ces débris qui, s'enroulant sur eux-mêmes, s'étaient engagés dans la canule du trocart, où ils faisaient bouchon et s'opposaient à l'écoulement du liquide. C'était ce grand kyste qui pénétrait dans l'excavation pelvienne.

Indépendamment de ce grand kyste, il y en avait un grand nombre d'autres, d'inégal volume, dont quelques-uns très petits. Ces kystes étaient pour la plupart en voie de guérison, ratatinés, remplis d'acéphalocystes vides, fortement pressées les unes contre les autres. Plusieurs de ces poches qui, comme la poche principale, avaient été le siége d'une sécrétion purulente, contenaient des débris d'acéphalocystes.

§ V. — Kystes de l'utérus.

Ces tumeurs sont excessivement rares. Quand le liquide est contenu dans la cavité utérine, la tumeur rappelle, par sa forme et son développement, l'utérus gravide. Quand, au contraire, on a sous les yeux un de ces kystes rares, séreux, interstitiels, c'est-à-dire développés dans l'épaisseur du tissu utérin, et bien décrits par M. Huguier, l'état

de l'utérus et de ses annexes est assez curieux. L'utérus a subi une élongation plus ou moins considérable ; sa cavité est agrandie, le kyste est recouvert par le tissu utérin et peut être énucléé, comme ferait un corps fibreux. Ces kystes n'acquièrent pas un volume considérable et ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

§ VI. — Hématocèle rétro-utérine.

L'hématocèle rétro-utérine est constituée par une quantité de sang plus ou moins considérable, épanché dans le cul-de-sac recto-vaginal. A peine le liquide est-il tombé dans la cavité péritonéale, qu'il s'enkyste. Au début, l'hématocèle ne peut pas simuler un kyste ovarique; mais plus tard, quand les accidents aigus ont disparu, quand la tumeur est nettement enkystée, elle doit être inscrite dans le tableau anatomique que je trace en ce moment. J'ai publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, une série de leçons de M. le professeur Nélaton, sur cette affection (1851). Elle a été étudiée depuis par mon collègue M. le docteur Auguste Voisin, ancien interne distingué des hôpitaux, et qui a eu l'obligeance de revoir la description suivante (1) :

« L'hématocèle rétro-utérine est constituée anatomiquement par une poche remplie de sang noir et visqueux, limitée en avant par la face postérieure de l'utérus et de l'un ou des deux ligaments larges; en arrière, par le rectum et la partie postérieure de la cavité pelvienne; latéralement, par le péritoine qui la sépare des parois du bassin ; en bas, par le cul-de-sac utéro-rectal ; en haut, par une portion du rectum, l'S iliaque, une ou plusieurs anses d'intestin grêle, et le cæcum, unis par des adhérences à l'utérus et aux ligaments larges.

» La poche est intra-péritonéale; dans certains cas où le siége extra-péritonéal a été admis à un premier examen, une dissection plus attentive à fait découvrir la séreuse au-dessous de la tumeur.

» La poche est toujours rétro-utérine; si, pendant la vie, on sent la tumeur circonscrire les parties latérales de l'utérus, cela tient à ce que son contenu a repoussé en avant les ligaments larges et a pris leur place, d'une manière apparente du moins.

(1) M. le docteur A. Voisin a publié, sur ce sujet, la plus complète monographie que nous possédions. C'est une thèse inaugurale fort bien conçue, fort bien rédigée, et que l'on pourra consulter avec fruit. (*Thèse sur l'hématocèle rétro-utérine*, Paris, 1858.)

» L'hématocèle est en relation immédiate avec la menstruation. Antérieurement à l'affection, les malades sont abondamment, et souvent irrégulièrement réglées. Ce sont des femmes de trente ans, en moyenne, d'un tempérament sanguin, passionnées et adonnées aux plaisirs vénériens. — Cliniquement, l'hématocèle se caractérise par une douleur expulsive, — par une perte abondante de sang concomitante au début, — par une tumeur pelvienne dépassant le plus souvent le pubis, sentie par le vagin, en arrière de l'utérus dont elle repousse le col en avant; tumeur mate, d'abord molle, fluctuante, puis dure, quelquefois devenant plus tard le siége d'une suppuration qui diminue sa consistance et la rend de nouveau fluctuante, — par une décoloration rapide de la peau et par des symptômes de péritonite et d'hémorrhagie interne qui, dans le début de l'affection, ont mis les jours de la malade en danger. »

L'observation suivante, que je dois à mon excellent ami M. Binet, interne distingué des hôpitaux, est intéressante et résume bien ce qui vient d'être dit sur la tumeur, son contenu et les parties environnantes :

Une malade, âgée de trente-cinq ans, est entrée à la Maison municipale de santé en 1855. Cette femme, mariée, avait éprouvé deux ans auparavant, à la suite d'une longue suppression de règles, les symptômes d'une péritonite limitée au petit bassin. Traitée énergiquement, elle guérit sans qu'aucune collection se fût ouverte dans le vagin ou le rectum. Depuis un an, dit-elle, son ventre augmente de volume, sans que sa santé soit altérée. Depuis quelques jours, l'abdomen a acquis des dimensions plus considérables ; en même temps, la malade a été prise de fièvre, et a éprouvé de la douleur et une sensation de pesanteur dans le vagin.

A l'examen, tumeur fluctuante et mate, occupant la région iliaque droite, l'hypogastre, le flanc droit, la fosse iliaque gauche, et s'élevant jusqu'à l'ombilic. — Sonorité dans le flanc droit.

Par le toucher vaginal, on constate que l'orifice de la vulve est occupé par une tumeur fluctuante formée par la paroi vaginale postérieure en procidence. C'est à peine si l'on peut pénétrer au-dessus de la tumeur, entre elle et le pubis, et atteindre le col utérin.

M. Monod, constatant que la fluctuation était communiquée de l'abdomen à la tumeur vaginale, pénétra par ponction dans cette dernière et fit une incision longitudinale de 5 centimètres. L'ouverture donna issue à 3 ou 4 litres d'un liquide rougeâtre, grumeleux, fétide, analogue à celui des collections sanguines anciennes. L'abdomen s'affaissa immédiatement ainsi que la tumeur vaginale.

Durant six semaines des injections d'eau iodée, plutôt détersives que substitutives, furent poussées par l'incision, maintenue béante au moyen d'une canule. La malade sortit, conservant encore un léger écoulement sanguinolent.

§ 7. — Enfin, je me bornerai à mentionner, en terminant, ce qui a rapport aux caractères anatomiques des tumeurs liquides pouvant simu-

ler un kyste ovarien, *certains abcès froids*, les *kystes des reins*, *certains kystes volumineux du foie*, la *distension de la vessie par l'urine.* A propos de cette dernière affection, à laquelle j'ose à peine appliquer le nom de tumeur, on a toujours présent à l'esprit ce fait si curieux rapporté par Boyer. Un malade vint le consulter sur le choix des eaux qu'il devait préférer, pour tâcher de se guérir d'une ascite énorme. Boyer sonda le malade et l'ascite disparut.

Ce n'est pas sans raison que j'indique ici les divers abcès de la cavité pelvienne et de la cavité abdominale comme pouvant simuler les kystes de l'ovaire. Il arrive souvent que les chirurgiens les plus habiles éprouvent de l'embarras dans le diagnostic de ces tumeurs. Il y a encore, dans ce moment, dans le service de M. le professeur Velpeau, une malade qui présente une de ces tumeurs insidieuses, très probablement un abcès. Cette malade a fait le sujet d'une remarquable improvisation de M. Velpeau, le 17 novembre, et l'observation, je le sais, sera ultérieurement publiée par MM. les internes du service. On trouvera plus loin l'observation d'une tumeur encéphaloïde (observation de M. Moysant) qui a donné lieu à une grande difficulté de diagnostic et a été prise pour un kyste ovarique par un médecin fort distingué. Ce fait justifie assez, je l'espère, l'article qui va suivre.

ARTICLE II. — Tumeurs solides.

La description de ces tumeurs ne nous arrêtera pas longtemps. Je me bornerai presque à en donner l'indication et à rapporter quelques observations fort curieuses que j'ai pu rassembler.

Parmi ces tumeurs, nous établirons plusieurs divisions : les unes sont *molles*, fluctuantes ; d'autres d'une consistance plus *dure;* d'autres enfin, que j'appellerai mixtes, et formées à la fois par une partie solide et une partie liquide.

A. *Tumeurs molles.*

Ces tumeurs sont constituées tantôt par des masses encéphaloïdes, tantôt par des masses colloïdes, ayant leur siége dans le petit bassin. Ces tumeurs occupent parfois le tissu cellulaire interposé à l'utérus et au rectum; parfois, mais moins souvent, le tissu cellulaire compris entre la

matrice et la vessie. Les tumeurs colloïdes surtout ne sont pas très rares. J'ai vu plusieurs exemples de ces productions pathologiques à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau; je me bornerai à citer, en quelques mots, un seul fait que j'ai rencontré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin (1855) :

Femme d'une trentaine d'années; tumeur abdominale, occupant le bassin et remontant dans une des fosses iliaques. Tumeur arrondie, *fluctuante*, et simulant un kyste de l'ovaire.

Autopsie. — On trouve en arrière de l'utérus, entre cet organe et le rectum, une tumeur arrondie, de la grosseur de la tête d'un adulte et qui, quand on l'explore, donne encore une fausse sensation de fluctuation. Cette tumeur est coiffée et recouverte, presque en totalité, par le péritoine. Le cul-de-sac recto-vaginal a disparu. L'intestin est refoulé en haut, au-dessus de la masse morbide. La tumeur est en partie enclavée dans l'excavation pelvienne, en partie située dans la cavité abdominale proprement dite. L'utérus offre une disposition curieuse. Il est accollé à la face antérieure de la tumeur, et il a subi une élongation telle que le col a complétement disparu. La cavité utérine ressemble presque au vagin; sa longueur est de douze centimètres; ses parois sont très amincies. Les ovaires et les trompes sont sains. A la coupe, on trouve que la masse est composée d'un tissu colloïde, ressemblant à des paquets de fibrine décolorée ou à une gelée de pomme fort épaisse.

Les tumeurs encéphaloïdes peuvent aussi constituer des masses qui simulent les kystes ovariques. Voici deux faits assez curieux :

La première pièce a été recueillie sur une petite fille de douze ans et doit être rapprochée de l'observation de M. Gibert que j'ai rapportée plus haut. Elle a été présenté à la Société anatomique par M. Goupil (1854).

Cette tumeur aurait débuté onze mois auparavant. A cette époque, les parents de la petite fille se sont aperçus que son ventre grossissait.

Elle est entrée à l'hôpital il y a un mois. Elle était tuberculeuse. A l'auscultation on trouvait de la respiration bronchique, de la pectoriloquie, etc. Le ventre avait un volume considérable et l'on sentait très bien dans la fosse iliaque droite une tumeur énorme, remontant vers l'hypochondre droit et semblant s'engager, d'autre part, dans la cavité pelvienne. Cette tumeur, au toucher, paraissait lobulée, mamelonnée; elle offrait une fluctuation fort douteuse.

A cause de l'existence des tubercules pulmonaires, on avait bien pensé à une altération des ganglions mésentériques, mais la position de la tumeur à droite de la ligne médiane, sa direction vers le foie en haut et à droite, son volume énorme écartaient cette idée. Une péritonite chronique, à moins d'être bien limitée et bien circonscrite, n'expliquait pas davantage la présence de cette tumeur. Elle était trop profonde, sa fluctuation trop douteuse et l'intestin était refoulé à gauche.

Le foie était libre et l'on sentait fort bien qu'il était indépendant de la tumeur.

Dans les quinze derniers jours, il survint un œdème considérable des membres inférieurs; enfin la malade mourut.

A l'*autopsie*, on trouva les tubercules pulmonaires, une oblitération de la veine cave inférieure. Cette veine, en effet, perméable à l'embouchure des veines rénales, est obstruée plus bas par un caillot, qui occupe tout son calibre dans une étendue de plus d'un pouce.

Le foie complétement libre.

Les ganglions mésentériqnes peu hypertrophiés.

Le péritoine bien libre aussi.

Enfin une grosse tumeur occupant le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cette tumeur, d'une consistance mollasse, plus ou moins ramollie dans différents points, a une forme ovoïde. Sa plus grosse extrémité est tournée en haut et à droite, sa plus petite extrémité s'engage dans le bassin, entre le rectum et l'utérus.

Cette portion, trop grosse pour s'engager dans la cavité pelvienne, s'est allongée un peu. On ne peut pas mieux comparer l'ensemble de la tumeur qu'à un utérus gravide, un peu allongé en haut. La portion qui s'engage dans le bassin rappelle assez bien la forme du col utérin.

Le rectum, placé derrière, n'a pas d'adhérence avec cette masse. On retrouve l'utérus en avant et en bas, bien libre, de même que ses annexes.

Il y a cependant un point où le rectum est adhérent avec la partie postéro-inférieure de la tumeur; on voit même une bosselure qui proémine dans sa cavité. Cette bosselure, appartenant sans aucun doute à la tumeur, est incisée. Elle est formée par une substance blanchâtre molle, pulpeuse, qui a tous les caractères du tissu encéphaloïde.

La tumeur, suivant son grand diamètre, a, au moins, quatre décimètres; à sa grosse extrémité, un décimètre et demi, mesuré transversalement, à sa petite extrémité, un décimètre.

On pratique une longue incision suivant son grand axe. C'est encore, pour tout le monde, du tissu encéphaloïde plus ramolli au centre qu'à la périphérie.

M. Dufour prend des fragments de la tumeur dans différents points et partout il trouve les éléments du cancer les mieux caractérisés.

La seconde est plus curieuse encore. Elle a été aussi présentée à la Société anatomique et M. Moysant, interne des hôpitaux, a bien voulu me communiquer l'observation suivante :

Tumeur énorme de nature fibreuse, occupant presque tout l'abdomen et dont le point de départ est dans le tissu cellulaire du ligament large droit et du cul-de-sac utéro-vésical. Mort. (Hôpital Saint-Louis, service de M. Hardy, salle Saint-Ferdinand, n° 21. Par M. le docteur Moysant.)

La nommée Rigolat (Florentine), âgée de dix-huit ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 24 septembre 1857. Avant l'apparition de sa maladie actuelle, elle jouissait d'une bonne santé. Elle est menstruée depuis deux ans et demi ou trois ans et les règles viennent régulièrement. Au mois de février ou de mars dernier, elle fit la connaissance d'un homme avec lequel elle eut pour la première fois, dit-elle, des rapports sexuels. Bientôt elle vécut maritalement avec cet individu et quelque temps après, vers la fin d'avril, elle se crut enceinte. En effet, elle présenta tous les symptômes d'une grossesse à son début; diminution et irrégularité de l'appétit, nausées et même vomissements, d'abord tous les deux ou trois jours, mais bientôt plus fréquents; céphalalgie, faiblesse musculaire, lassitude, courbature, inaptitude au travail, défaillances assez fréquentes. Les règles, qu'elle attendait à la fin du mois, ont coulé en très petite quantité et quelques heures seulement. Depuis elle ne les a eues qu'une fois, et encore moins abondantes qu'à l'ordinaire.

Quelques jours après le début de ces premiers symptômes, elle éprouva dans le bas-ventre et à droite une douleur d'abord peu intense, mais augmentant bientôt d'une manière graduelle pour devenir très vive. Cette douleur ne l'a plus quittée et actuellement elle existe encore, non pas à un degré d'acuïté constant et toujours le même, mais sans jamais disparaître d'une manière complète. Elle présente des exacerbations qui reviennent à des intervalles très irréguliers. Cependant la malade a presque tous les jours un, deux ou trois accès et même quelquefois la douleur persiste presque toute la journée. Son point de départ est dans la fosse iliaque droite. De là, elle rayonne dans tout le ventre et même à la partie supérieure des cuisses. Tantôt cette douleur coïncide avec des coliques également très vives, tantôt celles-ci se font sentir dans l'intervalle des accès dont nous venons de parler. Il en résulte que quelquefois cette femme n'a pas un moment de répit.

Il y avait déjà un mois ou six semaines qu'elle était dans cet état lorsqu'elle s'aperçut qu'une tumeur se développait dans le bas-ventre. Persuadée qu'elle était enceinte, elle ne s'en étonna point et crut naturellement que c'était l'utérus distendu par le fruit de la conception. Elle resta donc tranquille, pensant que l'évolution naturelle de sa grossesse et la parturition pouvaient seules la délivrer de ses maux. Cependant l'état de souffrance dans lequel elle se trouvait et la fatigue extrême quelle éprouvait en travaillant lui donnèrent quelques inquiétudes et lui firent soupçonner quelque chose d'anormal chez elle. Ces craintes la déterminèrent à aller consulter, il y a quinze jours, une sage-femme qui; après l'avoir examinée et touchée, lui dit que non-seulement elle était enceinte, mais encore qu'elle touchait au terme de sa grossesse. Depuis cet examen, l'état de la malade s'est beaucoup aggravé, sans doute sous l'influence des brutalités que lui faisait subir l'homme avec lequel elle vivait et aussi des efforts qu'elle était obligée de faire pour travailler malgré son extrême faiblesse. Ne pouvant plus rien faire et n'espérant de soulagement que de l'accouchement qu'on lui avait annoncé comme prochain, elle entra à l'hôpital le 21 septembre.

23 septembre. — *État actuel.* — Cette fille est dans les salles depuis deux jours. Elle a le ventre très développé et, à première vue, on croirait qu'elle est arrivée au terme de sa grossesse. Cependant les douleurs qu'elle éprouve ne ressemblent nullement à celles d'une femme sur le point d'accoucher. Elles ont tous les caractères dont nous avons parlé plus haut.

En interrogeant cette malade, nous apprenons qu'elle a eu ses premiers rapports sexuels au mois de mars seulement et qu'elle ne peut être enceinte que depuis le mois d'avril au plus tôt, circonstance qui n'est nullement en rapport avec le développement du ventre actuel. De plus, il y a bien eu plusieurs accidents précurseurs de la grossesse, mais quelques-uns et de première importance ont manqué. Ainsi les seins n'ont présenté aucun changement de volume ni de forme ; ils n'ont été le siége d'aucune douleur ; les mamelons et leur auréole n'offrent point cette coloration brune qui est constante dans la grossesse. Enfin il y a bien eu suppression des règles, mais suppression graduelle.

L'examen minutieux du ventre et de l'utérus vient confirmer bientôt les premiers doutes. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur énorme, bosselée, inégale, un peu molle. Elle paraît tout d'abord présenter une fluctuation manifeste, mais à un examen plus attentif, on s'aperçoit que la tumeur est molle, dépressible, mais non franchement fluctuante. En bas, elle plonge dans le bassin qu'elle paraît remplir complétement. De là, elle s'élève vers l'ombilic pour se perdre dans l'hypochondre droit, où il est impossible de la limiter. Latéralement, elle occupe la fosse iliaque droite et le flanc du même côté. Elle n'occupe que la partie interne de la fosse iliaque et laisse le flanc et l'hypochondre de ce côté complétement libres, et il en résulte une déformation du ventre qui est déprimé à gauche et saillant du côté opposé. Outre les inégalités

et les saillies très marquées qu'on sent d'une manière très manifeste à travers les parois abdominales, il existe, au niveau de l'ombilic, une rainure profonde qui semble diviser cette tumeur en deux tumeurs, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première, présentant un bord inférieur mince et tranchant et qui rappelle le bord inférieur du foie, paraît en haut se continuer avec cette glande. Cette rainure est profonde et parfaitement tranchée à droite, mais à gauche de l'ombilic, elle est interrompue et les deux tumeurs semblent se continuer au moyen d'une lame de deux à trois centimètres de largeur. Par le toucher vaginal, on trouve les signes suivants : le col de l'utérus est celui d'une vierge et ne présente aucun des caractères qu'on rencontre pendant la gestation. Il est impossible d'apprécier d'une manière exacte l'état de l'utérus, mais en avant du col, on sent une tumeur énorme que le doigt ne pourrait limiter, qui se prolonge dans l'abdomen. Par le toucher rectal, le doigt indicateur introduit dans l'anus rencontre l'utérus en avant du rectum. Cet organe ne présente aucun changement dans son volume ni dans sa forme.

Depuis huit jours environ, cette malade a des frissons et de la fièvre à des intervalles très irréguliers. Actuellement le pouls est fréquent et la peau chaude et sèche. Il y a de l'amaigrissement, un peu de diminution de l'appétit, une soif assez prononcée et quelques vomissements qui sont plus fréquents depuis deux ou trois jours. Selles peu fréquentes. Les urines sont rendues, comme d'habitude, sans difficulté.

Dé cet examen, il résulte que cette fille n'est pas enceinte ; que ce qu'on a cru être l'utérus distendu par le produit de la conception est une production anormale, ayant bien certainement son point de départ ailleurs que dans l'organe de la gestation. Mais quel est le siége et quelle est la nature de cette tumeur ?

Pour le siége, il n'y a guère à choisir qu'entre l'ovaire, le ligament large et le tissu cellulaire péri-utérin.

Aurait-on affaire à une de ces tumeurs sanguines décrites depuis quelques années seulement et qu'on appelle hématocèles rétro ou péri-utérines? Mais ce n'est pas là leur siége habituel, qui est généralement derrière l'utérus, et puis nous ne retrouvons ici aucun signe de leur début et de leur marche.

On pourrait plutôt croire à l'existence d'un kyste de l'ovaire, surtout d'un kyste multiloculaire. Cependant, il est rare que la maladie ait une marche aussi rapide que dans le cas actuel et que la tumeur présente ces bosselures et ces inégalités dont nous avons parlé. Du reste une ponction exploratrice, qui n'amena que quelques gouttelettes de sang pur, rendit encore moins probable cette supposition.

On songea un instant à une grossesse extra-utérine, mais nous ne trouvons ici aucun des caractères de la grossesse extra-utérine, ni dans le début, ni dans les symptômes, ni dans la marche de la maladie.

Cette analyse était loin d'éclairer le diagnostic. Cependant, après quelques semaines de séjour de la malade à l'hôpital, en pesant la valeur des caractères de cette tumeur, sa forme, sa mollesse et sa marche rapide, on se reporta à l'idée d'une production cancéreuse. Or, depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, l'affection n'a pas cessé de suivre une marche progressive et continue. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, les accès plus fréquents et presque continus, l'appétit très irrégulier et à la fin à peu près nul, les vomissements très fréquents. Dans les dernières semaines, la malade ne pouvait rien supporter dans son estomac et pourtant elle ne vomissait pas. Les digestions étaient très longues et très pénibles. Il y eut d'abord une grande diarrhée à laquelle succéda une constipation opiniâtre, qui dura jusqu'à la mort. L'émaciation était extrême et les forces complétement épuisées. La tumeur acquit un volume considé-

rable ; quelques jours avant la mort, le ventre présentait, dans son point le plus saillant, une circonférence de quatre-vingts centimètres. Les poumons étaient fortement comprimés par la tumeur qui avait considérablement dilaté la base de la poitrine et refoulé le foie jusqu'au deuxième espace intercostal. Dans les quinze derniers jours, la malade était dans un marasme complet et la mort arriva le 22 novembre 1857.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ 150 grammes de sérosité transparente. Toute la cavité abdominale est occupée par une tumeur énorme, ovoïde, plongeant en bas dans le bassin, et se perdant en haut dans l'hypochondre droit et l'épigastre, sous le foie qu'elle avait fortement refoulé vers la poitrine. Cette tumeur est lisse à sa surface, recouverte par le péritoine, mais elle présente un grand nombre de bosselures mamelonnées et de grosseur variable. Plusieurs d'entre elles sont le siége d'une fluctuation manifeste. Quelques-unes de ces bosselures ont des parois tellement minces, qu'elles semblent réduites à la séreuse seulement et laissent voir, par transparence, le liquide séreux qu'elles renferment. L'extrémité inférieure de la tumeur présente un léger étranglement, et se perd dans le ligament large droit et dans le tissu cellulaire utéro-vésical ; le reste est presque complétement libre et ne présente que quelques filaments cellulo-fibreux qui vont de sa surface extérieure aux parois abdominales ou au mésentère. Presque toute la masse intestinale est refoulée à gauche ; la fin de l'intestin grêle, le cæcum et le côlon transverse sont placés derrière la tumeur ; mais ces organes ne sont pas comprimés au point d'intercepter le cours des matières. L'utérus et le vagin sont complétement sains ; le ligament large gauche et l'ovaire du même côté ne présentent également aucune altération. Le ligament large droit a, pour ainsi dire, disparu, refoulé, distendu par la tumeur. Au premier abord, on peut croire que l'ovaire a disparu ; mais en examinant plus attentivement, on le trouve plaqué en quelque sorte en arrière et un peu en dehors de la masse morbide.

Cette tumeur pèse près de 10 kilogrammes. Quelques-unes des petites bosselures qui font saillie à la surface de la masse principale sont ponctionnées avec la pointe d'un bistouri, et il s'en écoule un liquide clair, limpide et transparent. L'intérieur de ces cavités présente une surface lisse, unie, comme les cavités séreuses. La plupart communiquent avec d'autres cavités voisines par des orifices plus ou moins rétrécis et formant, par leur réunion, comme les cellules d'une éponge.

La tumeur est fendue en deux parties par une section verticale. A la coupe, sa consistance rappelle un peu celle d'une tumeur squirrheuse et les deux surfaces de la section offrent une coloration marbrée de blanc, de jaune et de brun. De plus, on retrouve, surtout à la partie inférieure, un très grand nombre de petites cavités dont quelques-unes pénètrent jusqu'au centre de la tumeur, et qui communiquent toutes les unes avec les autres ; disposition singulière et qui rappelle tout à fait la disposition aréolaire et celluleuse d'une éponge. Le liquide contenu dans ces cavités ressemble à celui dont nous avons déjà parlé.

Dans le mésentère, dans différents points des parois abdominales et particulièrement à la voûte diaphragmatique, on trouve un assez grand nombre de petites tumeurs globuleuses de volume variable, mais dont les plus grosses ne dépassent pas le volume d'une grosse noix. Ces tumeurs présentent à la coupe un tissu blanc homogène et un peu moins dur que la grosse tumeur.

On trouve aussi dans le médiastin antérieur une tumeur qui présente tout à fait les mêmes caractères, mais qui est plus volumineuse.

Cette tumeur, à la coupe, ne laisse pas suinter de suc caractéristique ; elle est dure par places, blanchâtre, fibreuse. Elle n'offre pas la consistance et l'apparence du tissu colloïde,

mais elle rappelle bien plutôt les tumeurs fibreuses, volumineuses et un peu ramollies. Le microscope est venu confirmer cette opinion, partagée par M. Cruveilhier et les membres présents à la Société anatomique, quand la pièce y a été apportée.

B. — *Tumeurs dures.*

Parmi ces tumeurs, les unes ont pour point de départ l'utérus, d'autres au contraire l'ovaire lui-même. Ce serait sortir trop de mon sujet que de faire l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus. Quelques-unes cependant peuvent être pédiculées ou libres dans la cavité abdominale et simuler un kyste ovarique. Nous essayerons plus tard de donner les caractères qui permettent de bien établir le diagnostic de ces diverses tumeurs (1).

Quant aux productions qui peuvent avoir l'ovaire pour siége, elles sont assez rares, et c'est surtout dans ces circonstances que le diagnostic est parfois intéressant (2).

C. — *Tumeurs mixtes.*

J'ai déjà appelé l'attention sur ces tumeurs, en parlant des kystes composés de l'ovaire; mais alors, le kyste constitue l'affection principale. Il est au contraire d'autres tumeurs dans lesquelles le kyste n'est qu'un épiphénomène, une lésion sans importance, comparée à la lésion principale. Je rappelle ici un fait publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1853), et qui a déjà été rapporté, dans cette monographie, en parlant des kystes des trompes.

D'autres fois, le kyste est très petit et la tumeur solide au contraire très volumineuse.

Il peut exister des kystes de l'ovaire en même temps que des tumeurs fibreuses des organes voisins, et notamment de l'utérus. Ces kystes se rapprochent sans doute cliniquement surtout des kystes ovariques composés, mais ils en diffèrent anatomiquement, en ce sens que les tumeurs solides sont parfaitement distinctes du kyste lui-même, avec lequel, parfois, elles n'ont même pas contracté d'adhérences. Il peut arriver aussi que l'existence de ces tumeurs passe inaperçue pendant la vie, aussi longtemps que le kyste est rempli de liquide.

(1) Voy. *Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 455.
(2) Voy. *Ibid.*, 1851, p. 25, et 1853, p. 257, etc.

Dans un fait, entre autres, présenté par M. Simon à la Société anatomique (1853), on trouvait une série de corps fibreux occupant les diverses parties des parois de l'utérus et dont le volume variait depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'enfant, et derrière toutes ces masses deux petits kystes de la grosseur d'une noix et contenant un liquide séreux. Les petits kystes avaient pour siége les deux ovaires et les trompes utérines.

Enfin, de même que les kystes ovariques peuvent donner lieu à un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, de même et plus souvent, les tumeurs peuvent être le point de départ d'une ascite plus ou moins circonscrite. Je me bornerai à rapporter deux observations. Dans la première, le diagnostic a pu être établi pendant la vie, la seconde a présenté des difficultés très sérieuses et a donné lieu à une injection d'alcool.

Premier fait. — *Corps fibreux de l'utérus. Ascite. Ponction.* (Service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Catherine, 1852.) — Cette femme, âgée de cinquante ans, est maigre, pâle, ne semble pas d'une bonne constitution, et cependant elle dit s'être toujours bien portée. Elle a eu huit enfants, le dernier à l'âge de trente-neuf ans. Elle a été réglée à treize ans et très abondamment. Il y a huit ans, elle a eu des flueurs blanches, puis des pertes rouges considérables. Ces pertes ne faisaient d'abord que prolonger l'époque des règles, mais bientôt elles apparurent dans leur intervalle, et la malade s'aperçut même que des caillots tombaient du vagin.

En 1847, elle alla voir M. Gendrin qui diagnostiqua une *tumeur de l'ovaire*. Depuis un an, le ventre s'est gonflé, les membres inférieurs se sont œdématiés, mais la maladie a surtout fait des progrès depuis le mois d'août dernier.

État actuel. — Le ventre présente un grand développement ; la peau est tendue, luisante ; l'ombilic, au lieu d'être déprimé, fait un relief au-dessus des téguments de l'abdomen. Quelques veines, plus développées que dans l'état normal, rampent à la surface de la peau. La femme étant dans le décubitus dorsal, si l'on vient à percuter les différentes régions de l'abdomen, on trouve dans la région hypogastrique et sur la limite de cette région, une matité très prononcée. Cette matité se perçoit aussi très bien dans les flancs. En haut, vers l'ombilic et l'épigastre, il y a de la sonorité produite par la présence des intestins qui contiennent une certaine quantité de gaz.

Si l'on vient à palper le ventre, on trouve sur la ligne médiane une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête d'adulte; tumeur adhérente à l'utérus, dure, élastique, présentant des bosselures nombreuses, d'une forme à peu près sphérique, peut-être un peu plus allongée de haut en bas que d'avant en arrière, pouvant assez bien se circonscrire. Cette tumeur est indolente; elle ne gêne la malade que par son poids, son volume, la compression qu'elle exerce sur les organes voisins. On a manifestement affaire à un corps fibreux de l'utérus.

Il y a quelque trouble du côté des fonctions digestives; inappétence, difficulté des digestions; quelquefois des nausées, de la constipation.

La respiration est gênée, en raison du refoulement du diaphragme par la sérosité de l'ascite.

La marche est impossible ; la malade ne peut même se lever. En même temps, il y a un peu d'œdème aux membres inférieurs.

Faiblesse assez grande.

22 novembre : Paracentèse abdominale du côté gauche. Sortie d'une assez grande quantité de liquide séreux, légèrement jaunâtre, ne contenant ni sang ni pus. A mesure que le ventre se vide, la malade se sent soulagée, et en même temps on voit se dessiner dans la région hypogastrique une tumeur énorme, de la largeur de la main, bosselée et faisant une saillie considérable au-dessous des téguments. Emplâtre de diachylon sur l'endroit traversé par le trocart.

29 novembre : La malade sort de l'hôpital. Elle reviendra lorsqu'une nouvelle quantité de liquide dans l'abdomen nécessitera encore la ponction.

Deuxième fait. — Une femme, entrée le 26 juin dans le service de M. Jobert, présentait une tumeur abdominale avec fluctuation dans l'abdomen. Le médecin qui l'avait envoyée, avait diagnostiqué un corps fibreux de l'utérus. Cette maladie avait débuté, il y a quinze ans, à la suite d'une couche. La tumeur faisait saillie dans le vagin, où elle donnait la sensation du ballottement. Le flot était appréciable sur la paroi abdominale antérieure. M. Jobert hésitait entre *une tumeur enkystée de l'ovaire* et une tumeur de l'utérus ayant déterminé une péritonite chronique. Cinq ou six jours après l'entrée de la malade, une ponction fut faite à la paroi de l'abdomen, une petite partie du liquide contenu évacuée, et 60 grammes d'alcool dans 1 litre d'eau injectés. Tout le liquide fut retiré au bout de dix minutes. Les premiers jours, la malade semblait aller assez bien, lorsqu'elle fut prise de vomissements, de diarrhée; des phlyctènes se montrèrent sur le ventre, et elle mourut le 7 juillet. — *A l'autopsie*, nous trouvâmes des traces de péritonite, et dans le côté droit, tout à fait en dehors de l'utérus, une tumeur pyriforme, pesant 3^{kil},500, grosse comme un tête d'adulte et qui semblait tenir la place de l'ovaire absent. Cette tumeur était dure, de nature fibreuse et un peu ramollie en quelques points. Des adhérences s'étaient établies entre les feuillets du péritoine et avaient circonscrit l'épanchement.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur quelques autres productions qui peuvent, quelquefois, simuler jusqu'à un certain point les kystes de l'ovaire, telles que les *tumeurs de la rate*, le *cancer des intestins*, la *grossesse*, *certains noyaux d'induration* résultant de phlegmons des ligaments larges. Ces tumeurs ne m'arrêteront pas longtemps quand j'aborderai le diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire. L'indication, quelque concise qu'elle soit, des autres productions que je viens de passer en revue, me rendra bien plus facile la seconde partie de ce travail, et l'on verra, comme je l'ai déjà dit, que ce n'est pas sans raison que j'ai étudié succinctement les tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.

DEUXIÈME PARTIE.

Histoire clinique des kystes de l'ovaire.

L'étude anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire doit avoir son complément; aussi vais-je maintenant suivre ces tumeurs dans leur évolution, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. Je vais tâcher de tracer le plus complétement possible leurs signes, leur diagnostic et le traitement qu'elles réclament, en un mot leur *histoire clinique*. L'anatomie pathologique sera toujours notre guide dans cette étude. Elle nous a déjà fourni le tableau des altérations des kystes ovariques et des tumeurs qui peuvent les simuler; elle va nous servir d'appui pour suivre ces mêmes kystes dans leurs diverses manifestations; après les avoir étudiés sur le cadavre, nous allons les décrire sur le vivant. Ce second chapitre, étayé sur le premier, nous permettra de donner l'histoire complète des kystes ovariques, et de répondre à la question qui a été mise au concours.

J'ai déjà eu l'occasion de faire plusieurs emprunts aux discours des divers orateurs qui se sont succédé à la tribune de l'Académie, dans la discussion sur les kystes de l'ovaire. Mais comme cette discussion avait surtout pour but d'élucider la question du traitement de ces tumeurs, c'est principalement dans cette seconde partie de mon travail, que je puiserai à pleines mains dans les Bulletins de l'Académie. Cette discussion, je l'ai dit en commençant, a rendu ma tâche bien plus facile, et je n'aurai, pour ainsi dire, qu'à en faire la narration et à emprunter aux divers orateurs la part qu'ils ont apportée pour la solution de ce problème de thérapeutique. J'ai aussi consulté avec fruit le traité remarquable d'idiothérapie de M. Boinet, et qui a été souvent cité avec éloge dans la discussion académique.

Mais, pour arriver à tracer l'histoire clinique des kystes de l'ovaire, et surtout pour la tracer avec quelque clarté, je diviserai cette seconde partie de mon travail en un certain nombre de chapitres, savoir :

CHAPITRE I[er]. — *Caractères cliniques des kystes de l'ovaire* (symptômes, marche, durée, terminaison, complications).

CHAPITRE II. — *Caractères différentiels des kystes de l'ovaire* (diagnostic différentiel).

CHAPITRE III. — *Étiologie des kystes de l'ovaire.*

CHAPITRE IV. — *Pronostic et traitement.*

CHAPITRE V. — *Traitement des complications et de certains kystes composés et anormaux de l'ovaire.*

CHAPITRE Ier. — CARACTÈRES CLINIQUES DES KYSTES DE L'OVAIRE.

SYMPTÔMES. — MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — COMPLICATIONS.

I. — *Symptômes.*

Les petits kystes de l'ovaire, les kystes en miniature, et dont j'ai rapporté quelques exemples, ces kystes que l'on rencontre chez les petites filles ou les femmes avancées en âge, ne donnent lieu pendant la vie à aucun symptôme appréciable. Peut-être, dans certains cas, ont-ils déterminé quelques phénomènes particuliers dans la menstruation, mais je ne puis ici invoquer aucune observation à l'appui de cette hypothèse. Les faits que j'ai rapportés n'offrent d'intérêt qu'au point de vue anatomo-pathologique, et les auteurs ne nous ont rien dit sur l'état des diverses fonctions pendant la vie. Il en est de ces petits kystes comme de ceux du ligament large, de l'organe de Rosenmüller et des franges du pavillon de la trompe.

D'autres kystes ovariques, qui ont déjà acquis un certain développement, le volume du poing, par exemple, peuvent aussi quelquefois passer inaperçus. Ils donnent lieu, dans ces circonstances, à des symptômes si peu tranchés, les malades y ont prêté si peu d'attention, que ce n'est qu'à l'autopsie qu'on en reconnaît l'existence. Ces faits s'observent surtout chez les femmes douées d'un embonpoint considérable. Cette épaisse couche de graisse, même dans les cas où l'attention a été éveillée du côté des organes génitaux, rend difficile l'exploration de la cavité abdominale.

Mais, d'un autre côté, chez la plupart des femmes, le kyste est à peine formé, il a acquis à peine le volume d'un gros œuf, que déjà il accuse

sa présence par des signes assez caractéristiques, que nous allons passer en revue.

Au début, les kystes ovariques sont assez souvent placés dans la cavité pelvienne; *plus tard*, à mesure qu'ils prennent du développement, de même que l'utérus chargé du produit de la conception, ils remontent au-dessus du détroit supérieur du bassin et viennent occuper la cavité abdominale proprement dite. Certains kystes, il est vrai, naissent et s'accroissent d'emblée dans l'une des fosses iliaques, mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Nous étudierons du reste les symptômes locaux de ces tumeurs et dans le petit bassin et dans la cavité abdominale, puis nous passerons aux symptômes déterminés par la compression des intestins, des vaisseaux, des nerfs, des organes voisins, etc.

§ I. — Symptômes locaux des kystes de l'ovaire, renfermés dans la cavité pelvienne.

Point de tumeur apparente du côté de l'abdomen; point de *matité*, si la vessie est vide (nous parlerons plus loin de la compression de cet organe), au-dessus de la symphyse pubienne. Par la *palpation*, en déprimant fortement la paroi abdominale, la main rencontre, derrière la symphyse pubienne, une tumeur vaguement limitée et qui paraît molle et fluctuante. Le *toucher vaginal* fait aussi, et beaucoup mieux, reconnaître la présence de cette tumeur dans le petit bassin. Elle paraît aussi, sous le doigt, molle et fluctuante. Il faut faire grande attention à cette sensation de mollesse et de fluctuation. Les tumeurs, même les plus consistantes, peuvent donner lieu à ces mêmes phénomènes, quand on n'y prend pas garde. Ces tumeurs, en effet, soit à la palpation, soit au toucher, se laissent déprimer, fuient sous le doigt ou sous la main, et cette circonstance pourrait conduire à des erreurs de diagnostic. Il faut dans ce cas, autant qu'on le peut, combiner ces deux modes d'exploration. Une main appliquée sur l'hypogastre et déprimant fortement la paroi abdominale, comme si l'on voulait expulser la tumeur par la vulve; un ou deux doigts de l'autre main introduits dans le vagin; on appuie alternativement d'un côté sur la tumeur, par l'hypogastre ou par le vagin, pendant que la main ou les doigts sont immobiles de l'autre côté, et alors on peut assez ordinairement se mettre en garde contre les causes

d'erreur, et se rendre compte de la mollesse et de la fluctuation de la masse morbide.

Le kyste ovarique est mollasse, fluctuant, arrondi et facile à sentir aussi par le *toucher rectal*. L'utérus est refoulé en avant, derrière la symphyse pubienne, et en antéflexion (c'est sa position la plus ordinaire). Le vagin a conservé sa coloration normale.

C'est le plus souvent à cause de troubles apportés par cette tumeur dans la menstruation et dans la défécation, que l'on est porté à faire ces explorations et que l'on reconnaît les signes locaux que je viens d'indiquer. Nous étudierons tout à l'heure avec détail les désordres fonctionnels.

§ II. — Symptômes locaux des kystes de l'ovaire, situés au-dessus du détroit supérieur du bassin, dans la cavité abdominale.

Dans certains cas, surtout si la tumeur est peu volumineuse, il n'y a aucun signe extérieur appréciable, mais le plus souvent le ventre est augmenté de volume. Cette tuméfaction siége à la partie inférieure, vers le détroit supérieur du bassin, ou vers l'une des fosses iliaques. A travers les parois abdominales, surtout chez les femmes maigres, on voit alors une masse régulièrement circonscrite et faisant un relief bien appréciable au premier coup d'œil.

La *percussion* donne ici des signes précieux. On trouve de la matité commençant au niveau de l'arcade crurale et de la symphyse pubienne, et remontant plus ou moins haut, selon les dimensions de la tumeur. Vers la partie supérieure, et même vers la partie interne si la tumeur n'occupe qu'une des fosses iliaques, ou si par son développement elle n'a pas envahi toute la partie inférieure de la cavité abdominale, on rencontre de la sonorité, et l'on peut alors circonscrire, dessiner la masse morbide à travers les parois du ventre. La matité est bien limitée et elle existe presque toujours sur l'un des côtés de la ligne médiane, dans l'une des fosses iliaques. La tumeur est ordinairement arrondie, mais parfois elle semble formée de plusieurs poches, de plusieurs lobes rapprochés les uns des autres, et son contour est comme dentelé. Elle est parfois grosse comme un œuf, comme le poing ; parfois aussi elle a le volume d'une tête de fœtus, d'une tête d'adulte, et même semble remplir toute la cavité abdominale. C'est à peine, dans ce dernier cas, si en

haut, vers l'épigastre et les deux hypochondres, et en arrière vers la face profonde des fausses côtes, on rencontre, en percutant, la sonorité des intestins.

Dans les diverses positions du tronc, la tumeur peut se déplacer, et, partant, la matité s'étendre davantage d'un côté ou de l'autre; mais toujours, dans ce cas, la masse est nettement circonscrite, et l'on n'observe pas ces variations dans les lignes de niveau du liquide et sur lesquelles insistait Valleix, pour le diagnostic de l'ascite. Les signes de l'une et de l'autre affection (hydropisie enkystée de l'ovaire, ascite) peuvent, il est vrai, dans des cas rares, exister sur la même malade. Nous reviendrons sur ce point, en traitant du diagnostic des kystes ovariques.

La *palpation* vient confirmer et corroborer les signes fournis par la percussion.

On sent une tumeur plus ou moins grosse, régulièrement circonscrite, arrondie, quelquefois bosselée, souvent indolente à la pression, mobile, ordinairement sous la paroi abdominale antérieure, et ayant son siége principal dans l'une des fosses iliaques. Dans certains cas, cependant, si la tumeur est volumineuse, on trouve par le palper qu'elle occupe toute la partie inférieure de la cavité du ventre. Mais, en y prenant garde, on observe le plus habituellement qu'elle est surtout développée à droite ou à gauche de la ligne médiane. Quand la tumeur est encore peu développée, si l'on cherche à l'écarter de sa position, on constate d'abord sa mobilité, mais on sent aussi qu'elle est fixée par un pédicule plus ou moins lâche. Elle est en général bien tendue, et il est très rare de la trouver flasque comme une vessie à moitié pleine de liquide (kystes flasques). Elle est molle, dépressible, fluctuante.

La *fluctuation* présente des caractères importants. On peut la percevoir de plusieurs manières, suivant le volume du kyste. Quand il est petit, on sent la fluctuation en le pressant à l'aide des deux mains vers la face profonde de la cavité abdominale, de façon à le fixer, et en appuyant alternativement avec l'une pendant que l'autre est immobile. C'est du reste le mode d'exploration employé pour toutes les tumeurs dans quelque région qu'elles soient placées, quand on veut rechercher si elles sont ou non fluctuantes. Si le kyste est volumineux, la fluctuation est nette, franche, facile à percevoir; quand on percute légèrement

le kyste, quand on donne, en un mot, une chiquenaude sur un point et qu'on examine un peu de profil la paroi antérieure du ventre, il n'est pas rare de voir se dessiner des ondulations. Si une main est appliquée sur le point opposé, elle éprouve cette sensation caractéristique, si bien désignée sous le nom de *flot du liquide*.

Dans certains cas, la tumeur paraît franchement fluctuante, mais ces chiquenaudes ne déterminent ni ondulation, ni flot du liquide. Une percussion même assez forte ne provoque pas non plus cet ébranlement du liquide contenu dans la poche, ou bien le flot, l'ondulation ne retentissent que dans une partie de la tumeur. Ainsi, en frappant sur un des côtés du kyste, la main appliquée sur le point opposé ne ressent aucune secousse ; si au contraire elle est placée sur un point plus rapproché de l'endroit où se fait la percussion, elle perçoit très bien cette sensation de choc, d'ébranlement d'une masse liquide.

Dans certains cas encore, la fluctuation *directe* par la pression alternative des mains, est perçue quand les mains sont assez rapprochées, et cesse de l'être quand elles sont appliquées sur deux points de la masse diamétralement opposés; l'ondulation, la fluctuation sont en quelque sorte *cloisonnées*.

Ces signes sont importants, et nous verrons plus tard qu'ils sont d'un grand secours, quand on veut établir le diagnostic des diverses variétés des kystes ovariques.

La paroi abdominale antérieure est quelquefois tendue, comme elle fait dans les grossesses des primipares ; d'autres fois, elle est flasque et très mobile ; elle conserve sa coloration normale, à part quelques réseaux veineux plus ou moins marqués dont nous parlerons plus loin.

Le *toucher vaginal* et *rectal* accuse des symptômes variables, suivant que la tumeur est encore, en partie du moins, enfoncée dans l'excavation pelvienne, ou située tout entière dans la cavité abdominale proprement dite.

Dans le premier cas, on sent par le vagin, derrière l'utérus, une tumeur arrondie engagée entre cet organe et le rectum. Le toucher rectal fait aussi reconnaître la présence de cette tumeur ; mais comme l'exploration par le vagin et la paroi abdominale antérieure suffit pour bien apprécier les divers caractères du kyste, on a assez rarement recours au toucher par le rectum. Cependant, chez les jeunes filles, le toucher

rectal doit être préféré au toucher vaginal. J'ai plusieurs fois comparé ces deux modes d'exploration, et ils m'ont donné, dans presque tous les cas, les mêmes résultats. C'est ainsi qu'on peut faire proéminer davantage la tumeur dans le petit bassin, en appuyant sur la paroi abdominale, et réciproquement, et sentir la fluctuation dans la cavité pelvienne ou à la paroi antérieure du ventre.

Cette exploration n'est pas aussi insignifiante qu'on pourrait le croire tout d'abord, car il est important de savoir, surtout quand le kyste proémine à peine au-dessus du détroit supérieur du bassin, si la tumeur est ou non fixée derrière l'utérus, dans le petit bassin. Ce signe peut aider à différencier les kystes ovariques des kystes tubaires ou colloïdes, etc.

L'utérus est habituellement plus ou moins abaissé ou refoulé vers la symphyse pubienne. Dans certains cas, on a observé un prolapsus utérin. M. Grisollè a observé une fois une hernie vaginale; mais on voit aussi parfois l'utérus fortement attiré par le kyste (fait de M. Cruveilhier, cité plus haut), et le doigt peut à peine atteindre le col utérin.

A ces signes fournis par la palpation, la percussion, le toucher vaginal ou rectal, viennent s'ajouter beaucoup d'autres syptômes non moins importants, tirés de l'examen des fonctions des organes génitaux, de l'examen des organes voisins, de l'examen de la santé générale.

§ III. — Symptômes fonctionnels.

Quand le kyste ovarique existe chez une fille encore jeune ou chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause, il n'a aucun retentissement important sur la menstruation et la fécondation. Mais à l'époque de la puberté et dans l'âge adulte, ces deux fonctions peuvent éprouver des désordres importants et fâcheux. La fécondation peut avoir lieu sans doute, surtout si l'un des ovaires est sain et que les trompes n'aient subi aucune altération; mais elle est souvent entravée, et souvent aussi la grossesse ne suit pas ses périodes régulières. Je reviendrai plus loin sur ce fait, dans un court chapitre consacré aux complications des kystes ovariques.

Quant à la menstruation, parfois elle est régulière, mais le plus souvent elle est ou plus abondante, ou tout à fait insignifiante, dans cer-

tains cas, suivie de véritables pertes, qui affaiblissent encore davantage les malades, dans d'autres cas, précédée ou suivie d'un écoulement leucorrhéique abondant. Il n'est même pas rare de trouver un kyste ovarique chez des femmes qui n'en soupçonnaient pas l'existence et qui consultaient le médecin pour l'écoulement dont je viens de parler. Chez quelques femmes, tant que le kyste reste stationnaire, la menstruation est régulière; vient-il à se développer, la menstruation s'arrête ou devient insignifiante. Il existe une influence réciproque entre les kystes ovariques et la menstruation, et cette influence est surtout importante au point de vue du développement de la tumeur et de son pronostic.

§ IV. — Symptômes de voisinage.

Considéré au point de vue de ses rapports avec les organes voisins, le kyste ovarique donne lieu à un grand nombre de signes très variés, suivant son volume, son siége, suivant qu'il est encore complétement retenu dans la cavité pelvienne, ou renfermé dans la cavité abdominale, suivant que la paroi antérieure du ventre est souple, flasque, mollasse ou ferme, tendue, résistante. Tous les symptômes qui vont nous occuper sont dus à la compression exercée par la tumeur sur les organes qui l'entourent ou la touchent plus ou moins directement; et cette compression, on le comprend, variera suivant les circonstances que je viens d'indiquer. La paroi abdominale est-elle souple, a-t-elle été déjà distendue et préparée pour ainsi dire à ce gonflement par des grossesses antérieures? le kyste comprimera médiocrement les organes abdominaux. Le kyste est-il dans la cavité pelvienne, a-t-il envahi l'ovaire droit ou l'ovaire gauche? c'est le rectum, c'est l'S iliaque du côlon qui seront soumis à l'influence de son voisinage; et comme ces portions du gros intestin sont retenues dans leur position par des adhérences plus intimes que le cæcum, la compression de l'intestin sera plus à craindre dans le cas où l'altération aura pour origine l'ovaire gauche ou le petit bassin. Mais laissons là les généralités. Ces variations dans la symptomatologie des kystes ovariques sont faciles à comprendre, leur cause facile à saisir, et ces phénomènes se reproduisent toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur ovarique, quelle qu'elle soit, voire même pour un grand nombre de tumeurs abdominales. Aussi passerons-nous rapidement en

revue les phénomènes dus à la compression des vaisseaux, des nerfs, des intestins et de la vessie.

La *compression des vaisseaux* donne lieu à plusieurs ordres de symptômes. Chez certaines malades, chez les jeunes femmes ou les jeunes filles dont la paroi abdominale est résistante, ou quand la tumeur est volumineuse, on voit se dessiner sous la peau, et dans la peau même, un grand nombre de vaisseaux qui forment des réseaux bleuâtres, violacés, plus ou moins riches; mais encore, dans ces circonstances, faut-il que la compression ait été déjà portée assez loin sur les vaisseaux intra-abdominaux. Ces réseaux constituent en effet une circulation supplémentaire, venant au secours de la circulation générale. Ce signe a une certaine importance au point de vue du pronostic.

On a vu, dans quelques cas, survenir un œdème des grandes et des petites lèvres, un œdème de la vulve, en un mot; non pas l'œdème qui se manifeste dans cette région à la suite de l'œdème des membres abdominaux, et qui est pour la femme ce que l'œdème du scrotum est pour l'homme, mais bien l'œdème partiel des grandes lèvres. Ce fait est rare, mais il a été observé et noté plusieurs fois, et cette tuméfaction coïncidait avec la présence d'une tumeur enchâssée dans l'excavation pelvienne. Ce symptôme est commun aux kystes ovariques et à toutes les tumeurs renfermées dans le petit bassin.

La compression de vaisseaux plus importants (les artères et veines hypogastriques, les artères et veines iliaques, la veine porte et ses divisions) donne lieu à des symptômes bien connus : l'œdème des membres inférieurs, de la vulve, des parois abdominales, etc., et quelquefois à une ascite (observation de M. Cruveilhier). Cette compression arrive plus ou moins vite, suivant les circonstances que j'ai indiquées en commençant ce chapitre. De même que l'on voit bon nombre de grossesses suivre leur cours sans être accompagnées d'œdème ou de varices des membres abdominaux, de même il n'est pas rare de voir des kystes, même très volumineux, et qui ne déterminent aucun de ces accidents pendant tout le cours de la maladie. Dans quelques circonstances, ces symptômes, après s'être montrés à une certaine période de la maladie, disparaissent complétement. Quant à l'ascite, consécutive à une gêne de la circulation abdominale, elle constitue une complication très rare.

On a observé quelquefois chez les malades des douleurs plus ou moins vives dans la cavité pelvienne, ou s'irradiant, suivant le trajet des plexus lombaires et sacrés, résultant de la *compression* déterminée par le kyste *sur les nerfs* du voisinage; mais ces douleurs se réduisent le plus souvent à une gêne apportée par la présence et le poids de la tumeur dans les mouvements, la station verticale et la marche.

Bien plus fréquemment, ces kystes ovariques *compriment l'intestin*, la *vessie*, et deviennent le point de départ de troubles plus ou moins importants dans la nutrition, la défécation et la miction.

La *compression de la vessie* donne lieu à des envies fréquentes d'uriner, et même à des *ardeurs* plus ou moins vives au moment de l'émission des urines. D'autres fois elle produit une rétention d'urine et ses conséquences. La compression des *uretères* pourrait provoquer des signes de colique néphrétique, mais je n'ai pas trouvé dans les auteurs de faits à l'appui de cette simple assertion, et dans le cas bien curieux que j'ai relaté dans la première partie de ce travail (rupture du kyste dans l'uretère), ces accidents ne s'étaient jamais rencontrés.

Il ne faut, en aucune circonstance, négliger de rechercher l'état de la vessie, surtout au moment où l'on aura décidé de pratiquer une opération pour la cure radicale ou palliative de ces tumeurs, afin d'éviter de blesser cet organe, s'il était rempli de liquide et placé au-devant du kyste.

Les effets de la *compression des intestins* ont été étudiés par les auteurs à propos des tumeurs abdominales. Comme dans celles-ci, les phénomènes provoqués par la présence d'un kyste ovarique sont variables : une constipation souvent opiniâtre et habituelle, des alternatives de constipation et de diarrhée. L'intestin grêle, refoulé en haut vers l'excavation du diaphragme, se remplit de gaz, se gonfle; le ventre est souvent ballonné, surtout quand le kyste est volumineux ou placé dans l'excavation pelvienne. Il éprouve rarement, à moins que des adhérences anormales ne le tiennent fixé à la tumeur, la compression à laquelle est plutôt soumis le gros intestin. Cette compression peut quelquefois être assez forte pour déterminer une occlusion intestinale. M. Cruveilhier a rapporté, dans son ouvrage, un exemple d'un semblable accident (1).

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 412.

Cette compression produit dans certains cas, outre cet arrêt des matières fécales, des *adhérences* et des *ruptures* des kystes dans les diverses portions de l'intestin.

Aux signes précédents viennent s'ajouter alors les signes fournis par cet état pathologique : écoulement par l'anus d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide qui peut fournir des indications précieuses pour le diagnostic, affaissement de la tumeur, etc.

Cet écoulement de liquide à l'extérieur peut se faire aussi par d'autres voies :

Par le vagin. J'en ai rapporté un exemple. Ce symptôme est suivi d'un affaissement plus ou moins considérable de la tumeur, et exige une exploration attentive. Il est assez important de tâcher de reconnaître si le liquide s'échappe par le vagin ou par le col utérin ; si une pression modérée de la tumeur augmente cet écoulement, si cet écoulement est continu ou s'il se montre seulement de temps en temps.

Par la vessie. Je ne connais qu'un seul fait dans lequel on ait observé cette complication, et je l'ai rapporté plus haut.

§ V. — Symptômes généraux.

Au début, il arrive assez fréquemment que la présence d'un kyste ovarique passe inaperçue. C'est assez dire que, dans ces cas, cette tumeur a bien peu d'influence sur la santé générale. Cependant ces kystes, surtout quand, par leur volume, ils envahissent presque toute la cavité abdominale et refoulent les intestins dans un petit espace, à l'épigastre ou dans les hypochondres ; ces kystes, dis-je, par leur siége et les signes de compression qu'ils provoquent, ont un retentissement important dans l'accomplissement des grandes fonctions de la vie, et, partant, sur la santé en général. Ils peuvent souvent acquérir un volume assez considérable sans altérer profondément la santé, mais souvent aussi ils donnent lieu à des symptômes alarmants.

Nous avons déjà vu que ces kystes peuvent déterminer la compression des vaisseaux placés dans le voisinage ; ils gênent aussi par leur volume, par l'obstacle qu'ils apportent aux mouvements du diaphragme et les épanchements séreux dont ils sont le point de départ, les *phénomènes de la circulation.* Il est assez fréquent de trouver chez les malades qui

présentent ces tumeurs enkystées, des palpitations, des tendances à la syncope, un pouls fréquent et petit, et de la congestion aux extrémités supérieures et inférieures.

Les *digestions* sont pénibles et longues; les intestins se gonflent; on observe de la dyspepsie, l'anorexie, souvent une soif vive, etc.; la langue rouge et sèche, des douleurs épigastriques, etc.

La *respiration*, surtout quand le kyste est volumineux, est difficile; les muscles inspirateurs se contractent violemment, il existe une dyspnée très grande, augmentant surtout après l'ingestion des aliments ou des boissons. Parfois, principalement dans les derniers temps de la vie, le poumon se congestionne, et même il se fait dans les plèvres un véritable hydrothorax.

Comme on le voit, tous ces signes tirés de la circulation, de la respiration, de la digestion, se tiennent et s'enchaînent les uns aux autres. Le système nerveux cérébro-spinal, notamment le cerveau, jouit le plus longtemps d'une certaine immunité, et les malades conservent jusqu'aux derniers moments une intelligence lucide.

Des troubles apportés dans les grandes fonctions (digestion, circulation, respiration) résulte une *émaciation* qui va en augmentant à mesure que le kyste se développe. Les extrémités inférieures, quand elles ne sont pas le siége d'un gonflement œdémateux, les bras, la face maigrissent, leurs éléments de nutrition étant absorbés par la tumeur enkystée de l'ovaire, les traits de la figure sont tirés, et les femmes vieillissent avant l'âge.

En général, point ou peu de *fièvre;* quelquefois un état fébrile peu marqué vers le soir, quand la tumeur est volumineuse. S'il survient des symptômes généraux plus prononcés, c'est que le kyste est le siége d'un travail phlegmasique.

Dans ces cas, on remarque une fièvre continue, lente, une prostration plus ou moins grande, des frissons revenant à des intervalles irréguliers, plus ou moins intenses, et se manifestant principalement vers le soir; un amaigrissement rapide. A ces symptômes viennent s'ajouter une tension plus grande du kyste et de la paroi abdominale antérieure, des douleurs dans le ventre et dans la tumeur s'exaspérant par la pression, une perte complète d'appétit, souvent des vomissements, plus souvent encore de la diarrhée, etc.

Si l'art n'intervient pas, si ce travail phlegmasique n'emporte pas rapidement la malade, divers accidents peuvent se présenter. La tumeur ulcère les parties voisines et se fait jour à l'extérieur, soit par le canal intestinal, soit par l'uretère, par le vagin, par la paroi abdominale, ou bien la fièvre continue, les symptômes généraux marchent en augmentant, et les malades succombent en quelques semaines, ou en quelques mois, au marasme, à l'épuisement, à la fièvre hectique.

Dans le premier cas, il se fait par l'anus, ou par la vulve, ou par l'urèthre, un écoulement plus ou moins abondant, séro-purulent ou purulent, et la tumeur s'affaisse pour se remplir de nouveau, jusqu'à ce que les malades succombent à une intoxication putride. Boyer a parlé de kystes ovariques ouverts par la paroi abdominale, mais ses observations se rapportent surtout à des kystes fœtaux.

Si le kyste est *hématique*, les signes particuliers auxquels il peut donner lieu sont fort obscurs. Dans les hématocèles, il y a en général, comme symptômes caractéristiques, une grande rapidité dans le mode de développement au début; ou bien, si un kyste séreux devient hématique, il y a encore un accroissement brusque et très prononcé; mais je n'ai pas trouvé d'observation de kystes hématiques de l'ovaire qui aient offert dans leur évolution ces signes caractéristiques, et je ne connais pas de symptômes propres à cette variété de tumeurs, de signes caractéristiques, pathognomoniques.

II. — *Complications.*

Si un kyste de l'ovaire existe en même temps qu'*une tumeur dans le voisinage*, ou s'il se rencontre dans ses parois des masses plus ou moins dures, aréolaires, fibreuses, encéphaloïdes, etc. (comme j'en ai rapporté des exemples), aux signes précédents viennent encore s'ajouter d'autres symptômes ; des bosselure irrégulières, plus ou moins nombreuses, plus ou moins dures, plus ou moins mobiles, à côté de bosselures fluctuantes, etc. Ces bosselures sont accessibles soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal, soit par la palpation directe, à travers la paroi abdominale antérieure.

Mais il est une complication des tumeurs enkystées de l'ovaire et qui doit nous arrêter un instant; je veux parler de la *grossesse*. Quand la

tumeur ovarique existe depuis fort longtemps, le diagnostic est déjà établi, au moment où survient la grossesse. Les signes de celle-ci peuvent passer inaperçus pendant un certain temps, mais à une période plus avancée, les mouvements de l'enfant, les bruits du cœur, le souffle utéro-placentaire, sont autant de symptômes caractéristiques qui viennent s'ajouter à ceux de la tumeur préexistante.

Si la tumeur ovarique a passé inaperçue, les symptômes qui lui sont propres viennent se confondre avec ceux de la grossesse, et il est parfois assez difficile de les séparer, de les grouper et d'arriver à un diagnostic certain. On trouvera plus loin une observation de M. Barth, dans laquelle on a méconnu l'existence d'une grossesse. Or, tout le monde connaît le soin que M. Barth applique à l'examen de ses malades, la rigueur qu'il apporte dans l'appréciation des signes qu'il observe. C'est toujours une bonne fortune pour les membres de la Société anatomique qu'une communication de ce savant médecin et qu'une discussion, faite par lui, sur le diagnostic d'une maladie. — Les femmes ont quelquefois intérêt à cacher leur grossesse et à dissimuler les signes qui lui sont propres. Aussi, dans certains cas, faut-il étudier et discuter avec le plus grand soin les symptômes d'une tumeur abdominale, et parfois attendre plusieurs mois avant de se prononcer d'une manière absolue.

Je puis ici, et sans anticiper sur le diagnostic, citer très brièvement quelques faits que j'ai observés jusqu'à présent; ils viendront corroborer encore ce que je viens de dire sur la nécessité d'attendre souvent avant de se prononcer sur la nature d'une tumeur ovarique.

En 1849, une femme entre dans un des hôpitaux de Paris; elle avait dans l'abdomen une tumeur grosse comme la tête d'un adulte à peu près, globuleuse et légèrement inclinée vers l'une des fosses iliaques. *A priori*, cette tumeur avait tous les caractères d'une grossesse arrivée au sixième mois. Mais la femme affirmait que cette tumeur existait depuis plus d'un an, que les règles étaient régulières, etc. *On ne pratique pas l'auscultation.* Ponction. Il sort à peine quelques cuillerées d'un liquide albumineux. Le lendemain, fausse-couche. L'enfant avait reçu un coup de trocart dans la fesse. La femme guérit.

En 1851, une jeune fille vint me consulter. Elle présentait vers l'hypogastre tous les signes d'une tumeur semblable à la précédente, globuleuse, régulière, dépassant de quelques travers de doigt la symphyse pubienne. La jeune fille m'affirmait que les règles étaient régulières, qu'*il n'y avait eu aucun rapprochement sexuel.* Après quelque résistance, je pratiquai le toucher avec précaution. L'état du vagin m'indiquait que la jeune fille m'avait trompé, et, après une auscultation très attentive, je n'eus plus de doute. — La mère et l'enfant sont en parfaite santé.

Je tiens d'un médecin de mes amis le fait suivant :

Une jeune femme avait une tumeur volumineuse de l'abdomen. Le diagnostic de plusieurs médecins très bien placés, fut un kyste ovarique. Le développement du ventre nécessitait une ponction. Le jour fut pris pour la pratiquer. La veille, la mère donnait naissance à une petite fille, âgée de plus de vingt ans maintenant.

Les *kystes fœtaux*, c'est-à-dire les tumeurs ovariques qui renferment des poils ou des débris de fœtus, ont quelques signes particuliers. Ils peuvent se développer à un âge peu avancé. Ils ont parfois offert tous les signes d'une grossesse, mais ils ont persisté au delà du temps normal de la parturition; ils sont peu mobiles, ils présentent sous le doigt des bosselures inégales, dures par places, molles dans d'autres endroits. Ils se développent lentement, ils tendent à contracter des adhérences avec la paroi abdominale, et à se faire jour à l'extérieur bien plus que les autres tumeurs enkystées de l'ovaire.

J'aurai à rappeler de nouveau ces diverses tumeurs à propos du diagnostic et du traitement.

Les kystes ovariques peuvent aussi donner lieu à d'autres symptômes sous l'influence de diverses complications. Une tumeur semblable peut s'enflammer (j'ai déjà indiqué les signes qui annoncent cet état phlegmasique), mais l'inflammation peut marcher rapidement et déterminer une *rupture*. Cet accident peut aussi se présenter spontanément sans que ce kyste ait été le siége d'aucune inflammation. Les signes de la tumeur disparaissent alors, pour ainsi dire, et ceux de la péritonite absorbent toute l'attention du médecin : douleur, vomissements, face grippée, etc. La tumeur elle-même, dans ces cas, est aplatie, affaissée.

Dans d'autres circonstances, aux signes d'une inflammation violente (frisson, fièvre, vomissements, etc.), s'ajoutent des symptômes locaux très importants. La douleur, vive à la pression, est surtout marquée quand on appuie sur la tumeur; elle est moins vive, moins intense dans le reste de la cavité abdominale. Le kyste est tendu, l'abdomen est assez souple dans le voisinage. Ces symptômes annoncent, en général, une *inflammation violente*, parfois une *inflammation gangréneuse* des parois de la poche ovarique.

III. — *Marche.*

La marche de ces tumeurs est variable. D'une manière générale, on peut dire qu'une fois développés, les kystes ovariques tendent sans cesse à augmenter de volume, mais cet accroissement se fait plus ou moins promptement.

La marche de ces tumeurs, comme l'ont très bien fait remarquer MM. Huguier et Robert (1), est rapide dans l'âge adulte; plus lente vers la ménopause, plus lente encore après l'âge critique. On voit quelquefois ces kystes rester stationnaires chez les vieilles femmes, pendant dix, quinze, vingt ans et même davantage.

Ces tumeurs ovariques sont souvent influencées par le molimen menstruel; on voit chez quelques femmes ces kystes prendre subitement et chaque mois une extension rapide, et puis rester stationnaires jusqu'à une nouvelle époque de menstruation.

La grossesse retarde leur évolution, mais ces kystes reprennent, en général, un nouvel essor, dans leur développement, après l'accouchement. M. Bretonneau a quelquefois conseillé une grossesse pour tâcher d'arrêter la marche de ces tumeurs; mais, ainsi que l'a bien établi M. Cazeaux dans la discussion académique, ces tumeurs peuvent présenter de telles difficultés pour la délivrance, qu'il n'est pas prudent de donner de pareils avis.

La marche de ces tumeurs offre encore d'autres particularités. Chez quelques femmes, elles ont un accroissement uniforme; chez la plupart des malades, après avoir acquis un certain développement, elles semblent rester stationnaires et grossissent lentement. Chez les femmes qui ont déjà eu un ou plusieurs accouchements, les parois abdominales offrent moins de résistance à une distension considérable, et la tumeur se développe plus rapidement. Dans les circonstances opposées, le kyste marche plus lentement dans son évolution.

Dans les kystes multiloculaires, il est assez fréquent de voir une poche acquérir un volume assez considérable, tandis que les poches voisines restent, pour ainsi dire, à l'état embryonnaire ; mais que la première soit vidée, les autres se développent à leur tour.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 103, 125.

Quand il existe deux kystes ovariques occupant les deux ovaires, il est assez fréquent de trouver un égal développement pour l'une et l'autre tumeur.

Enfin, on observe des tumeurs ovariennes dont la marche est si lente, qu'elles semblent rester, durant toute la vie, à l'état rudimentaire. Tels sont les kystes multiples, dont j'ai rapporté quelques exemples dans la première partie de ce travail, et que M. Cruveilhier a fréquemment rencontrés chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

IV. — *Durée.*

La durée des kystes ovariques, comme leur marche, est très variable. Avec un kyste d'un petit volume, une femme peut jouir de tous les attributs d'une bonne santé pendant un temps assez long. C'est ainsi que M. Moreau rapporte avoir vu des femmes atteintes de kystes ovariques pendant quinze ou vingt ans, sans que ces tumeurs aient donné lieu à de sérieux accidents.

Certains kystes cessent de croître, et M. Gimelle a pu réunir sept cas de tumeurs semblables, datant de douze, dix-huit, dix-neuf, vingt-deux ans et plus.

Mais telle n'est pas la durée ordinaire des kystes de l'ovaire. M. Cazeaux a très bien résumé les opinions des auteurs sur ce sujet.

Suivant M. Velpeau, cette maladie, abandonnée à elle-même, dure en moyenne cinq à huit ans.

La statistique du docteur Lee n'est pas plus rassurante. Sur un certain nombre de cas, la mort arriverait dans les proportions suivantes :

26 pour 100 des malades dans la première année ;
19 pour 100 en deux ans ;
13 pour 100 en trois ans ;
8 pour 100 en quatre ans ;
23 pour 100 en cinq ans.

Sur 123 femmes, atteintes de kystes ovariques, 63 moururent dans les deux premières années de la maladie ; 60 survécurent quatre ans (1).

(1) Comparez W. Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris, 1858, p. 359.

M. Cazeaux, en prenant pour date l'époque où la tumeur avait déjà un volume appréciable, a réuni 31 observations; sept de ces femmes vécurent plus de dix ans; les autres succombèrent en deux ans, deux ans et demi au plus.

Corbin donne, comme moyenne de la vie, douze ans. Je connais une jeune dame qui porte un kyste de l'ovaire depuis six ans, et chez laquelle la mort semble arriver à grands pas. Je n'oserais pas prédire que cette malheureuse pourra survivre deux ans encore. Le kyste est énorme et rempli d'un liquide gélatineux.

Je n'ai pas besoin de répéter ici ce que j'ai dit de la différence que ces tumeurs peuvent présenter dans leur marche, suivant qu'on les observe chez des femmes jeunes encore, ou chez des malades qui ont passé l'époque de la ménopause; et il est évident que plus leur évolution sera lente, plus la durée de ces tumeurs sera longue; elle pourra même être indéterminée.

En somme, si pour quelques malades, surtout pour les personnes âgées, le kyste peut avoir une longue durée, si MM. Moreau et Gimelle et beaucoup d'autres ont pu voir des femmes vivre, sans accidents, pendant plus de vingt ans, on peut dire, d'une manière générale, avec MM. Velpeau, Cazeaux, Robert, etc., que les tumeurs enkystées de l'ovaire ont une durée qui ne dépasse guère cinq à huit ans, pour les femmes encore jeunes surtout.

V. — *Terminaison.*

Presque tous les kystes de l'ovaire, abandonnés à eux-mêmes, ont donc une terminaison fatale et malheureusement trop prompte. Quelques-uns restent stationnaires ; quelques-uns même semblent diminuer de volume, s'atrophier (Cruveilhier) en vieillissant; mais ce sont de rares, très rares exceptions. Jetons un coup d'œil rapide sur les divers modes de terminaison de ces tumeurs, si bien résumés par M. le professeur Trousseau, et auquel je ferai de nombreux emprunts.

Si l'art n'intervient pas, les kystes de l'ovaire se terminent le plus ordinairement :

1° Par résorption spontanée; — 2° par évacuation naturelle ; — 3° par inflammation spontanée; — 4° par rupture ; — 5° par épuisement, marasme, hectisie, etc.

1° *Résorption spontanée.* — La terminaison des kystes ovariques par résorption spontanée est possible sans doute : cette résorption s'opère bien pour les épanchements qui ont lieu dans d'autres cavités, dans la tunique vaginale, les synoviales articulaires, etc., et il n'est pas impossible qu'elle puisse avoir lieu aussi pour les hydropisies ovariennes. M. Cruveilhier rejette d'une manière presque absolue ce mode de terminaison. Il va même plus loin, comme nous le verrons en parlant du traitement. Cependant quand on réfléchit que la résorption s'opère dans ces kystes, quand ils ont été soumis à une injection iodée, pourquoi rejeter la possibilité de la résorption spontanée du liquide qu'ils renferment? Thomson a publié des exemples de guérison de tumeurs enkystées de l'ovaire, à la suite de frictions iodiques sur la paroi abdominale, et de l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. On peut, avec M. Trousseau, se demander si ces cas de guérison ne seraient pas dus à la résorption spontanée du contenu de ces kystes. Encore une fois, pour être excessivement rare, cette terminaison n'est pas impossible; mais cette proposition doit être émise avec une extrême réserve, attendu que je ne puis l'appuyer sur aucun fait clinique rigoureusement observé.

2° *Évacuation naturelle.* — Les kystes ovariques, quand ils ont acquis un certain développement, peuvent contracter des adhérences avec les parties environnantes et s'ouvrir dans les organes avec lesquels ils sont en contact. Le kyste se vide alors et le liquide s'échappe à l'extérieur, par les voies naturelles, *le plus souvent ;* car quelquefois, surtout pour les kystes fœtaux, la tumeur contracte des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, et son contenu se fait jour, comme ferait le pus d'un abcès. Dans quelques circonstances, l'ouverture de communication se ferme au bout de quelque temps, et le liquide cesse de s'échapper à l'extérieur ; le plus ordinairement, il s'établit un écoulement continu, et alors le kyste revient sur lui-même, et la guérison peut arriver d'une manière définitive; ou bien la poche s'enflamme, la suppuration devient fétide et les malades succombent à une intoxication putride. Cette terminaison fatale arrive plutôt quand le kyste s'est ouvert dans une cavité qui renferme des matières irritantes; le tube intestinal, la vessie, etc. La guérison, ou du moins une amélioration plus ou moins durable, s'observent surtout quand la poche se vide par

le vagin et même à l'extérieur. Cette évacuation continue des kystes par les organes environnants, c'est, comme l'a fort judicieusement fait observer M. Trousseau, l'opération de M. Barth tentée par la nature.

Blasius (1) rapporte un grand nombre d'exemples de kystes ovariques ouverts dans l'intestin, la vessie, le péritoine, l'*utérus* et à l'extérieur. Peut-être doit-on mettre un signe d'interrogation pour l'utérus. Il faut toujours songer, dans ces cas et avant tout, aux kystes des trompes.

Tilt (1851) donne une observation de kyste ovarique ouvert dans l'intestin et la *vessie*, et terminé par la guérison.

Plusieurs exemples d'évacuation spontanée des tumeurs enkystées de l'ovaire par l'intestin ont été notés par Kiwisch (1856). De ces kystes, l'un s'est reproduit cinq mois après que l'on eut constaté sa disparition; un autre, deux ans plus tard.

On trouve dans l'*Encyclopédie des sciences médicales* (Weiten Kampff, 1836, p. 342) un cas de guérison de kyste ovarien, à la suite de l'évacuation spontanée de cette poche par le vagin.

J'ai rapporté plus haut deux faits qui devront être rapprochés des précédents. Dans l'un, l'évacuation du kyste s'est faite par l'uretère; dans l'autre, par le vagin.

3° *Inflammation spontanée.* — Les kystes ovariques s'enflamment assez fréquemment; cet accident est accusé par de la douleur, surtout à la pression ; de la fièvre et une augmentation de tension et de volume de la tumeur. Mais ces inflammations spontanées peuvent déterminer divers accidents : tantôt l'inflammation se propage au péritoine et détermine une péritonite plus ou moins grave; tantôt l'inflammation change la nature du contenu de la poche et amène un kyste purulent. Dans d'autres circonstances, l'inflammation peut être portée au point de déterminer la formation de plaques gangréneuses sur les parois de la tumeur, ou bien de provoquer la mort avant la formation du pus, avant l'extension de l'inflammation au péritoine. Rarement l'inflammation spontanée s'arrête et détermine dans les parois de la poche un travail de résorption, comme celui que l'on cherche à obtenir par l'injection de liquides irritants.

Et cependant ces faits peuvent se rencontrer. C'est par ce méca-

(1) *Commentatio de hydrope ovariorum confluente*, 1834.

nisme que doivent se guérir les kystes qui se terminent par résorption. Je puis citer ici un fait rapporté par M. Trousseau. L'inflammation a été provoquée par une ponction, mais on n'a poussé dans la poche aucun liquide irritant.

M. Trousseau a observé, avec MM. P. Dubois et Jobert, une dame qui a subi quatre ponctions. Dix jours après la dernière ponction, inflammation du kyste, péritonite ; la tumeur grossit, acquiert rapidement un volume double de celui qu'elle offrait avant la ponction ; les symptômes phlegmasiques tombent, le kyste diminue et finit par disparaître. La guérison s'est maintenue.

Que l'inflammation soit spontanée, ou provoquée par une ponction, ou par une violence extérieure, elle peut déterminer dans quelques cas une modification des parois de la poche, et partant, la terminaison du kyste.

4° *Rupture.* — La rupture d'un kyste ovarique est toujours un accident grave ; elle peut arriver sous l'influence d'une violence extérieure ou à la suite d'un travail phlegmasique, gangréneux et spontané des parois de la poche, ou à la suite de manœuvres tentées pour obtenir une cure radicale ou palliative. Cette rupture, même dans ces derniers cas, se produit quelquefois d'une manière tout à fait insolite ; huit, quinze, vingt jours après la ponction, et dans un point opposé à celui qui a été touché par l'instrument.

Quelle que soit la cause qui ait amené cet accident, la terminaison est variable. Souvent la mort arrive rapidement ; d'autres fois les accidents péritonitiques s'arrêtent, la perforation se ferme et la poche se reproduit après plusieurs semaines, plusieurs mois, voire même plusieurs années, ou bien la guérison du kyste se maintient d'une manière définitive.

On a vu des malades chez lesquelles il s'est fait successivement plusieurs ruptures d'un kyste ovarique.

M. Trousseau a observé un cas de rupture d'un kyste ovarique (en 1837) et qui a été suivie de guérison. La rupture s'était produite chez cette femme dans un mouvement brusque qu'elle fit pour lacer sa bottine.

M. Trousseau a cité dans son discours cette observation fort curieuse d'une malade qu'il a vue avec M. P. Dubois :

Une demoiselle anglaise, de vingt-six ans, avait subi trois ponctions d'un kyste ovarique. Un mois après la dernière ponction, rupture, péritonite, guérison. — Pendant plus d'un an, on put croire à une guérison de la tumeur ovarique ; mais quinze mois après la rupture, le kyste

avait reparu. La malade fut envoyée aux eaux de Kreutznach. Nouvelle rupture, péritonite, guérison, qui s'est maintenue pendant plusieurs mois. M. Trousseau a perdu de vue la malade.

Cette observation porte avec elle son enseignement, et vient corroborer les propositions que j'ai émises plus haut.

M. Camus, dans un Mémoire intéressant sur ce sujet, a rapporté trois exemples de rupture suivie de guérison.

Simpson cite l'observation d'une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui avait subi quarante-quatre ponctions. A la suite d'une de ces ponctions, rupture, péritonite, guérison de la péritonite. Le kyste s'est reproduit.

Bright, Lewen et Froriep rapportent plusieurs faits analogues.

Mais à côté de ces faits heureux il y a le revers de la médaille, et le nombre de cas de ruptures suivies de mort l'emporte de beaucoup sur celui des cas où la rupture s'est terminée par une guérison plus ou moins durable.

M. Trousseau a rapporté le fait suivant, observé par M. Lasègue : Une femme âgée de cinquante-quatre ans fut ponctionnée quatre fois. A la quatrième ponction, rupture, guérison qui se maintient pendant deux ans. A cette époque, reproduction du kyste, nouvelle rupture, péritonite, mort.

Il semble que les kystes qui se sont rompus une première fois aient une tendance à se rompre encore, s'ils viennent à se reproduire. Peut-être y aurait-il indication à ponctionner de bonne heure les kystes ovariques qui se sont reformés après une première rupture.

Sur 70 cas de rupture réunis par Tilt, il y eut 22 morts, 2 améliorations, 30 guérisons.

Mais Tilt compte au nombre des guérisons des cas qu'il a vus deux mois, cinq mois après la rupture.

On trouve dans *Guy's hospital reports* un assez bon nombre de cas de ruptures suivies de mort, recueillis sous les yeux de MM. Addison et Bright.

J'ai rapporté, dans la première partie de ce travail, quelques faits de rupture terminée d'une manière fatale. M. Vidal en a donné à la Société anatomique un autre exemple.

La femme était entrée à l'hôpital avec tous les signes de la péritonite et le kyste n'avait pas

été reconnu, ce qui s'explique du reste, si l'on songe à la douleur si vive que provoque la palpation, même la plus délicate, sur le ventre, et partout, à la difficulté extrême et au danger de se livrer à l'exploration de la cavité abdominale. Ce kyste pouvait avoir la grosseur du poing et la perforation était assez large.

5° *Terminaison par épuisement*, etc. — S'il ne survient aucun des accidents que je viens de passer en revue, accidents qui, dans quelques cas (fort rares du reste), peuvent amener la guérison, et que la maladie soit abandonnée aux seuls efforts de la nature, la mort est inévitable, et elle arrive alors de diverses manières.

Quelques malades succombent épuisées par cette tumeur et les troubles qu'elle apporte dans la nutrition. Chez d'autres surviennent des symptômes d'hématose incomplète, d'asphyxie, etc. Pour quelques-unes le marasme, l'hectisie, la fièvre lente, etc. Pour d'autres une obstruction intestinale, etc.

Tels sont les divers modes de terminaison que peut affecter un kyste ovarique.

CHAPITRE II. — Caractères différentiels des kystes de l'ovaire.

Diagnostic.

J'ai trop insisté sur la symptomatologie des kystes de l'ovaire, pour reproduire ici avec détail les signes à l'aide desquels sera formulé le diagnostic. Je me bornerai à les résumer en quelques mots, en traitant du diagnostic différentiel des diverses variétés des kystes de l'ovaire.

1° *Si le kyste est contenu dans la cavité pelvienne*, il donne lieu a une tumeur appréciable par le toucher vaginal et rectal et par la palpation. Tumeur arrondie, fluctuante, assez mobile. A moins qu'à ces symptômes viennent se joindre les signes caractéristiques de la suppuration, il sera assez difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir si l'on a affaire à un kyste séreux, ou gélatineux, ou même purulent. On pourra peut-être, dans certains cas, en pesant bien attentivement les diverses indications fournies par le toucher et par les commémoratifs, arriver à savoir si le kyste est compliqué de la présence d'une tumeur dans ses parois, ou s'il paraît renfermer des débris de fœtus; mais pourtant, à cette période, il sera le plus souvent impossible d'arriver

à un diagnostic précis. Dans le doute, on pourra avoir recours à une ponction exploratrice, pratiquée par la paroi abdominale, et plutôt par le vagin.

Les *kystes des trompes* pourront être surtout confondus avec les kystes ovariques; s'il se fait un écoulement de liquide, continu ou intermittent, par la vulve, il faut tâcher de s'assurer si cet écoulement a lieu par le col utérin. Ce symptôme, quand il existe, a une grande valeur pour le diagnostic des kystes tubaires. La marche ultérieure de la maladie pourra aussi éclairer le diagnostic. La tumeur enkystée des trompes reste enclavée dans l'excavation pelvienne; le kyste de l'ovaire, en se développant, tend à sortir du détroit supérieur du bassin et à remonter vers l'une des fosses iliaques.

2° *Le kyste est-il abdominal?* Alors les symptômes qui lui sont propres se dessinent de plus en plus.

A. Fluctuation franche, nette; flot du liquide facile à percevoir; tumeur arrondie, mobile, etc.: tels sont les caractères plus spécialement affecté aux *kystes séreux uniloculaires*.

B. Fluctuation nette, franche par place, *cloisonnée*, c'est-à-dire que l'on ne peut pas apprécier bien distinctement quand on applique les deux mains ou les doigts sur deux points éloignés de la poche; flot du liquide, que l'on sent de distance en distance, mais non dans tous les points de la poche; ondulation qui semble arrêtée, pour ainsi dire, par places; tumeur quelquefois bosselée, irrégulière: tels sont les signes des *kystes multiloculaires*.

C. Tumeur molle, pâteuse, assez souvent fluctuante, mais dont la fluctuation n'est pas nettement, franchement appréciée; ondulation que l'on ne peut produire qu'en imprimant de fortes secousses à la masse, et non par une simple chiquenaude; tumeur souvent irrégulière, lente à se développer: ces signes appartiennent plutôt au *kyste à liquide épais, gélatineux*.

L'observation suivante m'a paru assez intéressante pour mériter d'être rapportée complétement.

Tumeur abdominale. Kyste de l'ovaire gélatineux. Ponctions.— Cette femme s'est toujours bien portée; elle n'accuse pas de maladie antérieure grave.

Réglée à treize ans, ses menstrues ont paru très régulièrement jusqu'il y a deux ans. Elle a eu un enfant à l'âge de dix-neuf ans. Depuis elle s'est mariée, mais n'a pas eu d'autres enfants.

Il y a deux ans, sans cause appréciable, elle a eu une suppression de règles qui a duré environ trois mois. Après ce temps, les règles ont repris leur cours habituel. Pendant leur suppression momentanée, le ventre a grossi, et les médecins et la malade elle-même croyaient à une grossesse. Jusque-là pas de douleurs dans le ventre. Il y a un an, la malade a éprouvé de la douleur dans le côté droit. Des sangsues ont été appliquées; néanmoins la douleur a persisté pendant six semaines. De là, la douleur s'est étendue dans le haut du ventre, pour repasser ensuite à gauche. Depuis quelques mois le ventre grossit davantage, et les douleurs sont plus fortes. Cette femme se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Examinée avec les vêtements, la malade a l'apparence d'une femme enceinte. Son ventre proémine sous sa robe; sa taille est ronde; elle a la démarche d'une femme grosse.

En examinant d'une manière plus approfondie, on trouve que le ventre est très exactement arrondi, globuleux sur tous ses points, en avant, sur les côtés et même en arrière. La base du thorax a augmenté de diamètre; le creux épigastrique est effacé et remplacé par une saillie qui fait suite à celle de l'abdomen. La peau n'est pas lisse et tendue; elle a sa couleur naturelle; on n'y remarque pas des veines distendues; on la fait glisser facilement sur une tumeur large, d'une dureté très grande, occupant tout l'abdomen. On ne perçoit aucune fluctuation. En palpant la tumeur, on ne provoque de douleur que dans le côté droit. Le ventre est complétement mat dans toute son étendue; les intestins sont refoulés en partie, en haut, en arrière et à gauche. L'utérus n'est pas complétement mobile. Il paraît se continuer avec la masse du côté gauche.

Le 5 janvier, M. Velpeau fait une ponction avec un trocart très fin, du côté droit. Il en sort une sorte de gelée en très petite quantité; le trocart pénètre dans une cavité. Pendant deux jours, la malade garde le lit; des cataplasmes sont appliqués sur le ventre. Il ne se passe aucun phénomène inflammatoire.

Quelques jours après, nouvelle ponction du côté gauche. Il ne sort rien par le trocart.

M. Velpeau conseille à la malade de retourner chez elle, avec l'ordonnance suivante :

Vésicatoire volant tous les mois. Frictions de pommade d'iodure de plomb. Pilules de ciguë.

Dans tous les cas, du reste, la *ponction* lèvera tous les doutes. Pour les kystes séreux uniloculaires, ils se videront complétement; pour les kystes multiloculaires, la poche seule dans laquelle aura pénétré le trocart reviendra sur elle-même; pour les kystes gélatineux, c'est à peine si, par la canule, il s'écoulera une ou deux cuillerées d'un liquide filant.

Certains kystes multiloculaires donnent lieu à des symptômes qui les rapprochent si bien des kystes uniloculaires, que la ponction seule fera découvrir qu'il existait d'autres petits kystes, masqués par une poche plus importante. L'observation suivante vient à l'appui de cette assertion :

Kystes ovariques. Deux ponctions successives. Guérison momentanée. — La malade, âgée

de trente-six ans, de taille moyenne, jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a eu deux enfants. Ses deux accouchements ont eu lieu sans aucun accident. Elle est d'ordinaire bien réglée. Elle se plaint de palpitations, dont l'apparition est ultérieure au début de la maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital. Il y a cinq ans, elle s'aperçut que son abdomen commençait à se tuméfier; cette tuméfaction qui, dit-elle, a débuté dans la région hypogastrique, a progressé lentement, sans causer de douleurs à la malade et sans produire aucun trouble fonctionnel. Pour combattre cette affection, elle s'est adressée à un grand nombre de charlatans et de bonnes femmes, qui l'ont soumise à une foule de traitements internes, qui tous ont été inutiles.

L'abdomen est uniformément distendu. Par la percussion et la palpation, on reconnaît aisément que c'est une accumulation de liquide qui cause cette tuméfaction du ventre. En explorant attentivement les différents points de la surface abdominale, on a uniformément la même sensation de poche fluctuante, distendue par du liquide. En faisant varier les positions de la malade, on ne fait pas varier le siége du liquide. Le toucher ne fait rien reconnaître d'anormal du côté de l'utérus et des parois du vagin.

Le 25 novembre, une ponction est pratiquée à droite. Cette ponction donne issue à 10 litres d'un liquide clair, limpide, transparent. Le liquide traité par l'acide nitrique ne donne lieu qu'à un léger coagulum albumineux. Après l'opération, en explorant l'abdomen, on sent encore à droite, dans la région pelvienne, qu'il existe une poche assez volumineuse et contenant du liquide.

Le 9 décembre, une nouvelle ponction est pratiquée à droite. M. Velpeau en plongeant un trocart, sent manifestement qu'après avoir percé la paroi abdominale et avoir pénétré dans une première cavité, il traverse une seconde paroi résistante. Il sort par la canule un liquide fluide comme de l'eau un peu trouble. On en remplit un bassin de la capacité de 2 litres.

Le 25 décembre, la malade quitta l'hôpital, débarrassée, pour le moment, du liquide qui distendait son abdomen.

Même en prenant toutes les précautions possibles, en étudiant avec le plus grand soin les signes fournis par la percussion, la palpation, la marche de la tumeur, il est quelquefois impossible d'arriver à un diagnostic précis avant la ponction. Il est des tumeurs enkystées de l'ovaire qui paraissent si nettement fluctuantes qu'elles semblent uniquement remplies de sérosité, et l'on est tout surpris de trouver à la ponction un liquide gélatineux filant.

D. Les kystes qui existent déjà depuis longtemps et dont le développement se fait si lentement qu'ils semblent rester stationnaires, ont souvent leurs *parois épaissies*, fibreuses, doublées à l'intérieur de fausses membranes. On sent, quand on les examine avec soin, une poche dure, résistante, et quelquefois par places des plaques plus ou moins épaisses. Si la poche se laisse déprimer, il est quelquefois possible d'apprécier l'épaisseur de ses parois; mais presque toujours ce n'est qu'après la ponction qu'on peut bien se rendre compte de cette complication.

E. Les symptômes généraux, sur lesquels j'ai insisté, indiqueront que la suppuration s'est établie dans une tumeur enkystée de l'ovaire.

F. Si la tumeur s'est développée rapidement, ou si tout d'un coup elle a pris un accroissement notable, il est permis de supposer qu'il s'est fait une exhalation sanguine dans l'intérieur de la poche. La ponction exploratrice viendra confirmer le diagnostic.

G. Les kystes flasques sont rares, mais on peut les explorer avec soin, apprécier la nature de leurs parois et même de leur contenu. Du reste, dans les exemples que j'ai rencontrés, il s'agissait de kystes séreux uniloculaires.

H. Les kystes compliqués de la présence d'une tumeur, soit dans le voisinage, soit dans leurs parois, peuvent être diagnostiqués par la palpation, par le toucher vaginal. On sent des bosselures inégales, les unes dures, les autres molles, d'autres fluctuantes, et toutes ces bosselures sont plus ou moins intimement reliées entre elles. Les signes généraux de cachexie sont aussi des symptômes précieux pour le diagnostic.

I. Les kystes fœtaux par inclusion, les kystes pileux sont surtout situés dans une des fosses iliaques. Ils forment une masse pâteuse assez résistante, et, par places, on sent parfois des saillies qui rappellent la dureté osseuse. Ils se développent lentement, et la date de leur apparition remonte souvent à l'époque de la première menstruation. Je parlerai plus loin des grossesses extra-utérines.

J. Les kystes ovariques sont en général assez mobiles dans la cavité abdominale, mais il est important, au point de vue du diagnostic, de chercher s'ils ne sont pas fixés dans quelque endroit par des adhérences anormales, à l'utérus, à la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

K. Les kystes sont situés dans l'une des fosses iliaques droite ou gauche, suivant que tel ou tel ovaire est le siége du mal. Quand la matité existe de l'un et l'autre côté et s'interrompt vers la ligne médiane, c'est qu'il s'agit en général d'un kyste ovarique double. Il y a parfois des inversions, c'est-à-dire qu'un kyste de l'ovaire droit, par exemple, peut occuper la fosse iliaque gauche, et réciproquement. Dans ces cas, ce sont des adhérences qui ont déterminé cette position anormale de la tumeur, et, à moins que l'utérus lui-même n'ait subi quelque renverse-

ment qui puisse mettre sur la voie, il me paraît impossible d'arriver à reconnaître ces déplacements.

Étudions maintenant le diagnostic des kystes de l'ovaire à un autre point de vue. Cherchons par quels moyens nous pourrons reconnaître les kystes de l'ovaire au milieu du grand nombre de tumeurs qui peuvent être confondus avec eux.

Le diagnostic doit être établi aux différents degrés de développement de ces tumeurs.

1° Tant que le kyste n'excède pas, par son volume, celui d'un œuf de poule, et que son diamètre ne dépasse pas 3 à 5 centimètres (1), il ne produit aucun trouble appréciable, et le plus souvent passe inaperçu. Parfois, cependant (2), on sent par le toucher, dans la profondeur du grand et même du petit bassin, de petites tumeurs arrondies, fuyant sous le doigt. Mais il ne faut pas se hâter de conclure à une affection de l'ovaire, car ces tumeurs sont fréquemment dues à des fèces contenues dans l'S iliaque ou le cæcum.

A cette période aussi ne pourrait-on pas confondre les kystes avec ces corps fibreux de petit volume, lâchement attachés sur les côtés de l'utérus par un petit pédicule, ou libres et mobiles dans la cavité péritonéale.

2° Plus tard, lorsque la tumeur a augmenté de volume et qu'elle manifeste sa présence par de la douleur ou du trouble dans les fonctions utérines, en même temps qu'elle peut être reconnue par le palper, le toucher et la percussion, le diagnostic en devient complexe. M. Cazeaux a établi, dans sa remarquable thèse pour l'agrégation (3), que le diagnostic comprend alors trois points.

A. La distinction de toutes les tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec le kyste ovarique.

B. La distinction des différentes espèces de kystes ovariques.

C. La distinction des complications.

J'ai déjà traité ces deux derniers points (voy. *Symptomatologie*); je n'ai plus à m'occuper que du premier.

(1) Piorry, *Traité de diagnostic*, t. II, p. 569.
(2) Piorry (*loc. cit.*), p. 566.
(3) *Des kystes de l'ovaire*. Paris, 1844, in-4°, p. 319.

MM. Monneret et Fleury (1) ont introduit les divisions suivantes dans l'étude du diagnostic des kystes ovariques :

I. Tumeurs d'un petit volume;

II. Tumeurs d'un volume moyen;

III. Tumeurs d'un volume considérable.

L'exemple de MM. Monneret et Fleury est bon à suivre. Leur méthode est logique, car la nature et le siége des tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec les kystes, varient avec les dimensions de ces derniers.

I. — *Tumeurs d'un petit volume.*

Lorsque la tumeur, quoique petite encore et renfermée dans le petit bassin, peut être reconnue par le toucher vaginal et la palpation à travers les parois abdominales, il est souvent difficile de décider si elle appartient à l'ovaire ou à l'utérus et à ses autres annexes. Si la tumeur ne dépend pas de l'utérus, on pourra, suivant M. Piorry (*loc. cit.*, p. 567), imprimer à cet organe des mouvements qui ne se communiqueront pas au kyste palpé à travers les parois abdominales; d'autre part, on pourra constater que la tumeur est indépendante, mobile, séparée de la matrice. Quoi qu'il en soit, le plus souvent le diagnostic ne reposera que sur des probabilités, la fluctuation étant nulle ou très difficile à percevoir. Il sera d'ailleurs impossible de distinguer une affection de la trompe d'une altération de l'ovaire.

A cette période encore, ce ne serait que par extrême inattention que l'on pourrait confondre un kyste ovarien avec une ovarite aiguë ou avec un de ces noyaux d'induration qui persistent longtemps dans les ligaments larges, à la suite des phlegmons de cet organe; l'étude des commémoratifs et de la marche de la maladie prévient aisément toute erreur.

II. — *Tumeurs d'un volume moyen.*

Lorsque le kyste a acquis des dimensions assez considérables pour franchir le niveau du détroit supérieur du bassin et faire saillie dans la cavité abdominale, la fluctuation peut être perçue. Il y a donc lieu

(1) *Compendium de médecine*, t. VI, p. 257.

d'établir un diagnostic différent suivant que la tumeur est fluctuante ou qu'elle ne l'est pas.

I. — *Si la tumeur n'est pas fluctuante*, elle pourra être confondue :

1° Avec une tumeur de l'ovaire lui-même, fibreuse, squirrheuse, encéphaloïde, etc.; le diagnostic est le plus souvent impossible; la ponction exploratrice elle-même peut laisser des doutes, car la pointe de l'instrument peut pénétrer dans une poche d'un kyste multiloculaire contenant des matières solides ou semi-fluides, qui ne sortiront pas par la canule.

2° Avec une tumeur des parois de l'utérus, polype, corps fibreux ; mais ces tumeurs présentent une dureté, une résistance plus grande, et d'ailleurs sont intimement unies à la matrice et participent aux mouvements qu'on lui imprime.

3° Avec une grossesse utérine. De cruelles erreurs ont été commises par trop de précipitation. Que de femmes ont été soumises aux fondants, aux altérants, etc., et même à des opérations chirurgicales, à la suite de pareilles méprises ; en voici un exemple remarquable (1) :

« Une jeune fille, niant fortement la possibilité d'une grossesse, fut considérée comme affectée d'un kyste de l'ovaire, et ponctionnée par un praticien de province. Un avortement survint, et trois jours après l'opérée succomba. »

Voici, suivant Valleix (2), à quels signes, dans un cas douteux, on distinguera la grossesse utérine d'une tumeur ovarienne :

Dans la grossesse, la tumeur globuleuse prend sa racine derrière le pubis. Aussi, tandis que dans l'hypogastre on trouve un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant vide) donnent un son clair plus ou moins prononcé. Dans le kyste ovarique, au contraire, il y a une matité très prononcée dans une des fosses iliaques, et sonorité dans toute l'étendue de l'autre.

La tumeur ovarique, ordinairement bosselée, n'a pas le développement régulier de l'utérus chargé du produit de la conception. Elle occupe un des côtés du ventre, tandis que la matrice s'élève en suivant la ligne médiane.

(1) L'*Expérience*, journal de médecine, 1840, p. 51.
(2) *Guide du médecin praticien*, t. IV, p. 277.

Enfin, par le toucher vaginal, on constatera ou l'intégrité du corps et du col de l'utérus, ou les modifications que lui imprime la grossesse.

D'après MM. Monneret et Fleury, tous ces signes sont complétement insuffisants, et le diagnostic ne peut être posé avec quelque certitude que du quatrième au sixième mois, en supposant que le fœtus soit vivant. Heureusement que, comme le fait remarquer M. Cazeaux (*loc. cit.*, p. 130), dans les deux cas, la seule chose à faire est d'attendre.

A une époque plus avancée de la grossesse, les mouvements actifs du fœtus, le souffle placentaire, les doubles battements du cœur sembleraient devoir lever tous les doutes; mais les derniers seuls sont pathognomoniques. Malades et médecins se sont trompés sur les mouvements du fœtus. M. Bluff (1) et M. Rayer ont rapporté que des femmes atteintes d'hydropisie enkystée de l'ovaire, assuraient sentir distinctement les mouvements de l'enfant qui n'existait pas. Le souffle placentaire (?) peut être simulé par le souffle artériel dû, suivant M. Bouillaud, à la pression de la tumeur sur les artères du petit bassin et à la gêne qui en résulte dans la circulation. Suivant M. Depaul (2), on éviterait toute erreur, en se souvenant que le souffle de la grossesse n'est pas accompagné d'impulsion, comme le bruit de souffle artériel.

En résumé, le ballottement n'étant pas toujours très distinct, le seul signe réel de la grossesse est le double battement du cœur, qui n'est guère perceptible qu'au cinquième mois. On peut dire avec Gardien qu'en cas de doute le temps seul jugera.

Il peut y avoir coexistence d'un kyste et d'une grossesse. Il est possible que l'on puisse isoler l'une de l'autre les deux tumeurs et reconnaître les signes qui appartiennent à chacune d'elles; mais le plus souvent l'altération de l'ovaire ne sera reconnue qu'après l'accouchement, ou bien, comme dans le fait de M. Barth, c'est la grossesse qui passe inaperçue.

4° *Grossesse extra-utérine.* — Si dans les trois ou quatre premiers mois, si même plus tard il est parfois difficile d'acquérir la certitude

(1) *Expérience*, 1838, p. 361.

(2) *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale.* Paris, 1847.

de l'existence d'une grossesse utérine, à plus forte raison sera-t-il difficile de reconnaître une grossesse extra-utérine, surtout si l'on a affaire à une grossesse ovarique, tubo-ovarique, tubo-abdominale ou tubaire. Dans ces différentes variétés, le produit de la conception se développe au voisinage de l'ovaire, ou dans cet organe lui-même, en tout ou en partie. Rien de plus facile dès lors que de confondre la tumeur qui en est la conséquence avec celle que forme un kyste ovarique. Souvent, il est vrai, les grossesses extra-utérines sont accompagnées des signes rationnels de la grossesse; mais, d'une part, ces signes peuvent manquer, même dans la grossesse utérine, et, *à fortiori*, faire défaut dans les grossesses ovariques, tubaires, etc.; et, d'autre part, les kystes ovariques peuvent exciter, par leur présence, assez de troubles sympathiques dans le système général, pour faire croire à l'existence d'une grossesse. Si le fœtus parvient au sixième mois, le bruit des battements du cœur facilitera le diagnostic; mais avant cette époque, ou encore si le fœtus est mort, on ne pourra arriver à une conclusion certaine. Les antécédents, dit M. Cazeaux (*loc. cit.*, p. 132, 133), auront quelque importance, surtout si le fœtus a vécu assez longtemps pour que ses mouvements aient été nettement perçus. L'état stationnaire de la tumeur, sa dureté, les inégalités que l'on peut quelquefois distinguer à travers l'épaisseur des parois qui l'enveloppent, sont autant de documents qu'il ne faut pas négliger.

5° *Cancer de l'intestin.* — Les auteurs du *Compendium* (*loc. cit.*, p. 258) pensent que l'erreur est difficile parfois à éviter, lorsque, par exemple, la pression de l'ovaire sur l'intestin produit les symptômes de l'obstruction intestinale. La ponction de la tumeur, le point où elle a débuté, une ponction exploratrice, l'état général des malades fourniront des signes précieux pour le diagnostic.

II. — Lorsque le kyste de l'ovaire forme une *tumeur fluctuante* de moyen volume, il peut être confondu :

1° *Avec l'hydropisie utérine.* Cette affection n'est pas admise par tous les auteurs. Acceptée par M. Teissier (de Lyon), d'après des faits empruntés à Vésale, Fernel, Nicolaï, J. Frank, Mauriceau, Blegny, Dumas, son existence est niée par Meckel, Baillie, Neumann, Baumgartner, Stoltz, Nægele. Quoi qu'il en soit, voici les caractères qu'on lui a assi-

gnés : tumeur occupant la ligne médiane dès le début, de forme ovoïde, à grand diamètre vertical, s'élevant vers l'ombilic à la façon de l'utérus chargé du produit de la conception. La fluctuation y est obscure, lorsqu'on la cherche à travers les parois abdominales, mais se perçoit assez distinctement à travers le col ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin; enfin, suppression constante des menstrues.

2° *Môle hydatique*. L'erreur est-elle posible? Les éléments du diagnostic seraient les même que dans le cas précédent.

3° *Rétention d'urine*. Ce ne serait guère qu'à la suite d'une paralysie des parois de la vessie ou d'une compression permanente de son col, que cet organe pourrait demeurer assez habituellement distendu pour donner lieu à une erreur, qui serait du reste évitée par le cathétérisme de la vessie et l'affaissement consécutif de la tumeur.

4° *Kystes sanguins rétro-utérins*. Les tumeurs enkystées qui ont pour point de départ une hémorrhagie rétro-utérine, pourraient exposer à une méprise, si l'on ne joignait l'exploration vaginale à l'examen de l'abdomen. Les phénomènes du début sont tout différents et les commémoratifs seront précieux lorsque la période aiguë de la maladie est passée. Mais si l'épanchement, au lieu de se faire jour à travers le vagin ou le rectum s'enkyste, il peut amener la formation d'une tumeur volumineuse, à l'origine de laquelle on aura quelque peine à remonter. Cependant cette variété de tumeurs aura pour caractère fondamental d'être enclavée, fixée dans la cavité pelvienne et de n'offrir aucune mobilité.

5° *Les hydropisies enkystées du péritoine, les kystes simples ou hydatiques* du petit bassin, du grand bassin, du mésentère, de l'épiploon, les abcès de la cavité abdominale. Dans presque toutes ces maladies, le siége primitif ou les symptômes du début et la marche suffisent pour faire reconnaître presque toujours le point de départ ou la nature de l'affection. Pour quelques-unes cependant, telles que les kystes du petit bassin et des trompes, l'erreur est souvent impossible à éviter. Heureusement que ces tumeurs sont rares, et que, d'autre part, le traitement est le même que celui des kystes de l'ovaire. C'est dans la plupart de ces cas (kystes hydatiques, purulents, etc.) que la ponction exploratrice fournit des renseignements précieux.

III. — *Tumeurs de volume considérable.*

A. *Tumeurs non fluctuantes.* — Si l'on n'a pas de renseignements précis sur le siége primitif de la tumeur, sur la direction qu'elle a suivie dans son évolution, ou si encore il n'est pas possible de la circonscrire et de reconnaître qu'elle est fixée dans la région de l'ovaire, le diagnostic peut être fort incertain. Enfin, lors même que l'on a reconnu que la tumeur appartient à l'ovaire, on peut encore conserver des doutes sur sa nature.

I. Des observations authentiques prouvent que les ovaires peuvent former des tumeurs solides énormes, simulant, par leur développement, les kystes de ces organes. Lieutaud, et d'autres auteurs, citent des faits semblables : les ovaires pesaient de 40 à 50 kilogrammes. Un cas analogue a été décrit par M. Caillot (1).

C'est surtout l'encéphaloïde de l'ovaire que l'on peut aisément confondre avec certains kystes. Suivant Neumann et Lisfranc, il serait presque impossible de les distinguer les uns des autres. La matité, l'inégalité de la surface, la dureté, les douleurs lancinantes sont loin d'avoir une valeur positive ; la coexistence d'une autre tumeur dans une autre région, la cachexie cancéreuse, sont de meilleurs éléments de diagnostic. Schnider, Van der Bosch, Walkner, Erkstrom, Meckel, MM. Andral, Velpeau ont décrit de ces masses encéphaloïdes énormes, occupant tout l'abdomen et simulant l'hydropisie enkystée de l'ovaire.

L'erreur est encore plus facile à commettre lorsque la matière cancéreuse double en quelque sorte les parois du kyste, comme Marshale Paul (2) en a rencontré un cas. J'ai rapporté une observation que je dois à M. Moysant, et une autre de M. Gosselin, qui doivent être rapprochées des faits précédents (voy. *Anat pathol.*).

II. *Tumeurs du rein.* — M. Cazeaux (*loc. cit.*) cite un cas d'encéphaloïde du rein pris pour un kyste de l'ovaire.

III. *Tumeurs du mésentère.* — Gardien (3) rapporte que l'on a souvent confondu les tumeurs stéatomateuses du mésentère avec les kystes de l'ovaire :

(1) *Archives de médecine*, 4e série, p. 583.
(2) *North American med. and physic. Journal* (1828).
(3) *Traité des accouchements*, t. I, p. 458.

« En effet, dit-il, lorsque le liquide est gélatineux, très visqueux, la » fluctuation est sourde et l'erreur possible. Il en est de même lorsque » l'hydropisie des ovaires est formée par des hydatides. » Gardien, du reste, ne cite aucun fait précis et ne donne aucun signe propre à assurer le diagnostic. L'erreur ne me semble possible qu'autant que le développement de la tumeur a été incomplétement suivi. Les tumeurs encéphaloïdes du mésentère naissent, se développent au voisinage de l'ombilic, et, si elles envahissent les flancs ou les fosses iliaques, ce n'est qu'après avoir occupé d'abord la région ombilicale. Elles s'accompagnent du reste rapidement de la cachexie cancéreuse.

IV. *Hypertrophie de la rate.* — J'ai vu cette année dans le service de M. Velpeau, à la Charité, une femme atteinte de leucocytémie splénique, dont la rate hypertrophiée occupait le flanc et la fosse iliaque, plongeait dans le petit bassin, et dépassait notablement la ligne blanche de façon à simuler un kyste, ou tout au moins une tumeur ovarique ; les intestins étaient refoulés dans le flanc droit.

En pareil cas, on évitera une erreur en remarquant : 1° que la tumeur s'est développée de haut en bas ; 2° que la matité remonte très haut dans l'hypochondre gauche, ce qui n'arrive jamais, quel que soit le volume des kystes de l'ovaire ; 3° la surface lisse et régulière de la tumeur.

B. *Tumeurs fluctuantes de volume considérable.* — Les tumeurs fluctuantes volumineuses qui peuvent être confondues avec les kystes de l'ovaire siégent dans les parois de l'abdomen, dans la cavité du péritoine, ou dans un des viscères abdominaux.

I. *Hydropisie enkystée des parois de l'abdomen.* — C'est une affection rare et que peu de chirurgiens ont rencontrée. En cas de doute, Récamier conseillait de faire déprimer, avec le bord cubital des deux mains, la ligne médiane du ventre, et de chercher à sentir la fluctuation d'un côté à l'autre. Elle ne sera pas perçue si l'on a affaire à une hydropisie enkystée des parois de l'abdomen.

II. *Ascite.* — Le diagnostic de l'ascite et des kystes fluctuants de l'ovaire est devenu banal depuis les recherches de MM. les professeurs Velpeau, Rostan et Piorry. Aussi ne ferai-je que le rappeler rapidement.

Dans l'ascite, le liquide se déplace quand la malade change de position, le ventre proémine pendant la station verticale, et ce gonflement

se porte vers les flancs dans le décubitus dorsal. Dans l'ascite, sonorité à la percussion, à l'épigastre et à l'ombilic ; matité dans les flancs. Dans le kyste ovarique, sonorité dans le flanc (Rostan). Ce caractère peut cependant faire défaut dans trois circonstances (Piorry, *loc. cit.*, p. 608) : 1° Lorsque les intestins ne sont pas distendus par des gaz; 2° quand la collection de liquide est très considérable ; 3° quand des anses intestinales se sont interposées entre les parois abdominales et la tumeur de l'ovaire.

Dans l'ascite, le son est moins mat (Piorry) et la fluctuation plus franche et plus superficielle (Cruveilhier). Ai-je enfin besoin de rappeler que l'ascite étant habituellement symptomatique d'une affection sérieuse du sang, des gros vaisseaux ou des viscères abdominaux, est précédée ou s'accompagne rapidement d'un état général inquiétant, ce qui n'a généralement pas lieu pour les kystes fluctuants de l'ovaire, comme l'a observé M. Velpeau.

III. *Tumeurs fluctuantes du foie, de la rate et des reins.* — L'erreur semble difficile, et cependant elle a été commise. De Haen rapporte l'histoire d'un kyste du foie, qui fut pris pour un kyste de l'ovaire.

M. Ripault signale une erreur semblable dans un cas de kyste du rein, et M. Tavignot dans un cas de kyste de la rate.

Il me semble qu'en pareille circonstance le diagnostic doit reposer sur l'étude attentive des commémoratifs, du développement, et surtout des symptômes concomitants.

Pour terminer ce chapitre, je n'ajouterai plus qu'un mot.

Lorsqu'on observe une tumeur abdominale chez une jeune fille, qui n'est pas encore menstruée, l'on ne doit pas songer aux kystes ovariques. Le fait de M. Gibert, rapporté plus haut, est une exception et il manque de détails. A cet âge, il s'agit presque toujours ou d'une tumeur cancéreuse (fait de M. Goupil), ou d'un abcès par congestion, ou d'une ascite. La marche de la tumeur, les symptômes de voisinage ou les symptômes généraux éclaireront le diagnostic. Quand aux kystes fœtaux, ils se développent surtout au moment où l'ovaire devient le siége d'un travail physiologique. En tout cas, ils marcheraient lentement, et ne donneraient lieu qu'à des symptômes locaux, pendant un temps assez long pour que le médecin puisse arriver à en supposer l'existence.

CHAPITRE III. — Étiologie.

La question proposée par l'Académie laisse de côté l'étiologie. Elle demande, en effet, l'étude anatomique des kystes ovariques, avec ses conséquences au point de vue du diagnostic et du traitement. Or, si j'ai insisté sur les caractères symptomatologiques des tumeurs enkystées de l'ovaire, c'est que ce chapitre était indispensable pour traiter avec détail le diagnostic de ces altérations.

Les auteurs que j'ai consultés, les observations que j'ai méditées avec soin, au point de vue de l'étiologie des kystes ovariques, ne m'ont fourni aucune indication importante, soit pour le traitement, soit pour la prophylaxie de ces tumeurs. Aussi est-ce bien plutôt pour rendre aussi complète que possible leur histoire, que je consacre quelques lignes à leur étiologie.

Si l'on en excepte les kystes fœtaux (par inclusion), les tumeurs enkystées de l'ovaire sont excessivement rares avant l'époque de la menstruation. M. Cruveilhier a cité trois cas de kystes ovariques avant dix-sept ans. C'est de dix-sept à quarante ans que ces tumeurs se développent. Delpech ne cite qu'un seul cas après quarante ans. On les rencontre chez les jeunes filles encore vierges, comme chez les femmes mariées ; chez les femmes stériles, comme chez les femmes qui ont eu des enfants. Aucune statistique ne nous apprend dans quelle proportion ces tumeurs se développent à ces diverses périodes de la vie ; si je m'en rapportais à ma jeune expérience, je dirais que ces tumeurs se montrent surtout chez les vierges et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

J'ai vu, trois fois, deux sœurs qui offraient des kystes ovariques. Loin de moi la pensée d'écrire que l'hérédité joue un grand rôle dans la production de ces kystes, mais les faits que j'ai observés sont curieux, et dignes d'être rapprochés. Je les signale, je les enregistre sans en tirer de conséquence pour le moment.

La grossesse ne me paraît pas exercer une influence sur la production de ces kystes. S'ils se montrent parfois après l'accouchement, c'est que, bien souvent, enrayés dans leur marche par le travail de la grossesse,

ils ont pris tout à coup un accroissement plus rapide tandis qu'ils avaient pu jusque-là passer inaperçus.

Les observations que j'ai consultées ne m'apprennent rien non plus sous le rapport de l'influence du climat, de la position sociale, etc.

Quelques auteurs ont prétendu que les kystes de l'ovaire avaient surtout pour point de départ le travail physiologique qui a lieu dans les vésicules de de Graaf. Cette opinion peut être soutenue; l'esprit l'accepte assez facilement, mais elle ne repose sur aucun fait anatomique bien observé.

Comme on le voit, chaque fois qu'on entre dans la recherche des causes d'une maladie, on est le plus souvent réduit à discuter dans le vague. Cette proposition est surtout vraie pour les tumeurs ovariques. J'ai esquissé, à grands traits, les diverses opinions fournies par les auteurs. Je ne m'y arrêterai pas plus longtemps, pour aborder tout de suite un des chapitres les plus importants de l'étude des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement.

I. — *Pronostic.*

Ces deux questions sont intimement liées entre elles. Le pronoctic est au traitement ce que l'étude des symptômes est au diagnostic. Inscrire à côté de chacune des variétés des kystes de l'ovaire, le pronostic qu'elle porte avec elle, c'est déjà jeter les premiers jalons, les jalons essentiels pour les indications thérapeutiques qu'elle réclame. Je vais donc essayer, avant d'aborder le traitement, de résumer aussi clairement, aussi brièvement que possible, tout ce qui a été écrit dans les livres, tout ce qui a été dit devant l'Académie sur ce sujet. J'ai, du reste, déjà posé les premiers fondements de cette étude, en parlant de la terminaison des kystes de l'ovaire.

Les kystes de l'ovaire constituent une *maladie très grave.* On peut dire, il est vrai, avec M. Trousseau (1), que certains kystes de l'ovaire ne constituent ni une maladie, ni même une infirmité. Mais c'est pour les kystes d'un petit volume, et notamment pour les kystes des femmes âgées que cette proposition est acceptable. C'est, du reste, dans ce sens que M. le professeur Trousseau l'a émise devant l'Académie. — Si,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 40.

enfin, certains kystes, chez les femmes de vingt-cinq à quarante ans, ont pu rester stationnaires et même diminuer de volume, ces faits sont excessivement rares, tellement rares, que je puis dire, avec les orateurs qui ont si bien traité cette question devant l'Académie : « Si l'art n'in-» tervient pas, le kyste de l'ovaire doit nécessairement faire périr la » malade qui en est atteinte, dans un espace de temps assez court » (six à dix ans au plus).

Les kystes de l'ovaire, au point de vue de leur pronostic, doivent être rangés en plusieurs classes :

Les uns sont réputés *incurables* (kystes aréolaires, vésiculaires, contenant des masses cancéreuses, etc. — Cruveilhier). Ces kystes, si l'on en excepte les derniers, se développent lentement et pour acquérir un volume tel que, par leur présence, ils compromettent la vie ; il leur faut, s'il ne survient aucune complication, un temps assez long (dix, douze, quinze ans).

D'autres offrent aussi une *gravité presque aussi grande* que les précédents. Tels sont les kystes gélatineux, les kystes multiloculaires, dont toutes les poches sont petites, distinctes, ne communiquant pas entre elles et se rapprochant, par conséquent, des kystes aréolaires ou vésiculaires ; mais nous verrons qu'il ne faut pas toujours désespérer de les guérir.

Ces deux classes de kystes, pour les premiers surtout, sont très dangereuses, presque toujours mortelles. La plupart ne peuvent être soumis à aucun des moyens *généralement employés en France* pour en obtenir la guérison.

Les kystes *purulents* déterminent la mort très promptement, si aucune opération ne vient enrayer leur évolution.

Les *kystes à parois épaisses* sont graves, parce qu'ils reviennent plus difficilement sur eux-mêmes et résistent aux moyens de guérison mis en usage.

Les *kystes séreux uniloculaires* sont fatalement mortels, comme les précédents, si l'art n'intervient pas ; mais de tous les kystes de l'ovaire, ceux-ci offrent le plus de chances de guérison. Ajoutons qu'ils sont les plus fréquents.

Les diverses opérations proposées pour tenter la cure radicale ou palliative de ces tumeurs sont plus ou moins graves. Nous verrons plus tard la valeur relative de chacune d'elles.

M. Moreau a rencontré plusieurs exemples de grossesse compliquée de kyste ovarique, même assez volumineux pour entraver le travail de l'accouchement et dans lesquels la grossesse a suivi néanmoins régulièrement ses diverses périodes; cependant, d'une manière générale, on peut dire que la tumeur ovarique gêne le développement de l'utérus chargé du produit de la conception, et devient une cause d'avortement; dans un cas semblable, M. Cazeaux a vu survenir un avortement à cinq mois et demi; Ashwell insiste, avec raison, sur la présence de ces kystes comme cause d'avortement.

L'*âge*, l'*état général* des malades, les circonstances qui accompagnent l'évolution du kyste, jouent un grand rôle dans l'appréciation de la gravité du pronostic.

Ainsi la tumeur ovarique se développe plus rapidement chez les femmes jeunes que chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause. Elle est partant plus redoutable chez les premières que chez les secondes.

Les femmes atteintes de kystes ovariques supporteront plus facilement les opérations que peuvent réclamer ces tumeurs, si la tumeur n'est pas très volumineuse, si l'état général est satisfaisant, si les fonctions nutritives s'accomplissent régulièrement.

Un kyste volumineux, un kyste développé chez une femme dont les parois abdominales sont résistantes, un kyste, par conséquent, qui exerce une compression sur les organes abdominaux, digestifs ou circulatoires, voire même sur les organes respiratoires, est promptement mortel (un à trois ans au plus).

Ces propositions générales sur le pronostic des kystes ovariques seront plus nettement définies, à mesure que nous passerons en revue les diverses méthodes de traitement auxquelles on a eu recours pour ces tumeurs. Cependant l'on peut, dès à présent, résumer en peu de mots ce que nous venons d'écrire :

Un kyste petit passe souvent inaperçu et n'offre aucun danger pour la vie des malades, s'il reste stationnaire.

Ces kystes petits tendent presque constamment à se développer.

En général, un kyste ovarique est promptement et fatalement mortel.

Il en est quelques-uns pour lesquels le chirurgien ne peut pas tem-

poriser, même quand ils n'ont qu'un volume encore médiocre (kystes purulents).

D'autres sont classés par les auteurs parmi les tumeurs incurables (kystes aréolaires vésiculaires, multiloculaires, à loges distinctes et petites, à liquide gélatineux).

Parmi ceux-ci, il en est qu'il ne faut pas fatalement marquer au coin de l'incurabilité.

D'autres enfin sont tout à fait, jusqu'à ce jour, au-dessus des ressources de la chirurgie (kystes à parois contenant des masses cancéreuses, etc.).

II. — *Traitement.*

Avec un pareil bilan, il est important de rechercher quels moyens ont été proposés pour tenter la guérison de ces tumeurs. La mémorable discussion ouverte devant l'Académie, a rendu ma tâche bien facile, et je vais marcher résolûment dans ce chapitre, appuyé sur nos maîtres qui sont venus à la tribune exposer le résultat de leur carrière chirurgicale.

Je passerai successivement en revue :

1° Les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées, la valeur relative de chacune d'elles;

2° J'insisterai d'une manière toute spéciale sur les injections iodées.

Le traitement des kystes de l'ovaire peut être *médical* ou *chirurgical*. Le traitement chirurgical lui-même se divise en traitement *palliatif* et *curatif*.

A. — Traitement médical.

« La vie des kystes de l'ovaire est tellement parasitaire qu'ils res-
» tent complétement étrangers à tous les grands mouvements organi-
» ques et vitaux qui se passent dans l'économie. Et tandis qu'un traite-
» ment médical peut être employé avec avantage et souvent avec succès
» contre les hydropisies des membranes séreuses, les hydropisies en-
» kystées sont complétement réfractaires à toutes les médications diri-
» gées sur les grandes voies d'élimination de l'économie. Le choléra
» lui-même, que nous avons vu faire disparaître en quelques heures les
» hydropisies des membranes séreuses, n'exercerait aucune action sur

» l'hydropisie ovarienne. Aucun traitement médical ne saurait donc être » institué contre les kystes de l'ovaire. On a vu les drastiques les plus » violents employés avec autant de persévérance que de témérité par » des empiriques, qui, dans leur ignorance, confondaient les hydropi- » sies enkystées de l'ovaire avec les hydropisies ascites ; on a vu, dis-je, » ces drastiques produire des évacuations alvines les plus immodérées » au point d'altérer profondément la santé générale, sans avoir aucun » retentissement sur le kyste lui-même.

» Ainsi, comme l'a bien dit M. Trousseau, point de traitement » médical pour les kystes de l'ovaire, lésion locale tout à fait indépen- » dante de l'état général et qui n'exige, par conséquent, qu'un traite- » ment local ou chirurgical (1). »

Je crois que cette opinion est trop radicale. M. Trousseau n'a pas rejeté d'une manière absolue le traitement médical; il a insisté sur son inefficacité trop fréquente. Il n'a pas voulu que les médecins perdissent en tentatives souvent infructueuses, un temps précieux. Mais quand la maladie porte avec elle un pronostic malheureusement trop certain, on doit s'adresser aux moyens que la médecine met à notre disposition, et donner aux malades la dernière ressource qu'elle peut offrir. Est-ce à dire qu'à l'avance on peut prévoir que ces moyens ne produiront rien? Encore une fois, je pense que M. Cruveilhier a été trop loin dans le jugement qu'il a porté sur le traitement médical. Il a cité lui-même, et j'ai rapporté le fait dans la première partie de ce travail, un cas où le kyste s'est atrophié. « Les kystes de l'ovaire, dit-il, ne tiennent que » par un pédicule fort étroit et l'on se demande quels agents pourraient » en opérer la résorption. » Mais, avec M. Velpeau, je puis répondre : Les agents qui ont produit l'exhalation, peuvent bien produire la résorption du contenu de ces tumeurs. M. Cazeaux, dans sa remarquable communication, cite plusieurs cas de guérison à la suite d'un traitement médical (2).

M. Rayer a guéri un kyste ovarique par l'emploi des iodiques à l'intérieur et à l'extérieur. M. Herpin (*Union médicale*) a obtenu une guérison par les sudorifiques. Six ans après ce traitement, le kyste n'avait

(1) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXII, p. 85.

(2) Cazeaux, *Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 163.

pas reparu. Delpech essaya plusieurs fois les effets d'un régime débilitant. Il semble qu'il a obtenu un succès, mais il ne dit pas s'il s'est maintenu.

Oui, il faut avoir recours à un traitement médical, pharmaceutique, quand c'est la seule ressource qu'on puisse offrir aux malades, et surtout il ne faut pas le laisser de côté quand on a déjà eu recours à une ponction pour vider la tumeur. Le traitement médical doit venir alors au secours, à l'appui du traitement chirurgical. On a cité bon nombre de guérisons survenues à la suite d'une simple ponction de la tumeur, mais le plus souvent, on avait soumis les malades à un traitement médical bien dirigé et dans lequel on s'adressait surtout aux voies digestives et urinaires.

M. Cazeaux a cité un fait que je puis invoquer ici : Guérison d'un kyste ovarique à la suite d'une ponction, de l'usage des bains de mer et de la gomme gutte à l'intérieur, par Lalesque de la Teste.

Parmi les moyens qui ont été employés, et ils sont nombreux, les uns s'adressent aux grandes voies d'élimination (les purgatifs, les drastiques, les diurétiques, les sudorifiques, etc.); d'autres modifient d'une manière persistante la nature du sang et des tumeurs et rentrent dans la médication altérante : tels sont les mercuriaux tant vantés par Braker-Brown, et les *fondants* iodiques, l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 0,50 centigr. à 2, 4, 6, 10 grammes et plus, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc. D'autres enfin constituent les agents principaux de la révulsion. Je veux parler ici du vésicatoire volant, large et appliqué sur le ventre, toutes les trois, quatre ou cinq semaines. Ce moyen énergique, souvent employé par M. Velpeau, a donné, dans les affections chroniques du ventre, de très beaux résultats.

Pour formuler en quelques mots toute ma pensée sur le traitement médical, je puis dire : Les cas de guérison sont excessivement rares, mais l'on peut rencontrer encore un de ces cas heureux que j'ai enregistrés. Aussi, toutes les fois qu'on a affaire à un kyste que l'on ne peut pas soumettre à l'un des modes de traitement que nous allons tout à l'heure passer en revue, toutes les fois qu'après une ponction, on ne croit pas devoir recourir à une injection iodée, on peut instituer le traitement suivant : Compression méthodique de l'abdomen et partant du kyste ; iodure de potassium à l'intérieur ; purgatifs souvent répétés;

larges vésicatoires volants appliqués tous les mois environ; frictions avec une pommade résolutive, à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium, etc., diurétiques, etc. A toutes ces prescriptions, on peut ajouter aussi l'usage des bains de mer, quelquefois des mercuriaux, des sudorifiques, suivant l'âge, la force, la constitution des malades.

B. — Traitement chirurgical.

Quand la tumeur n'est pas marquée au coin de l'incurabilité, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser pour le traitement des kystes de l'ovaire. Parmi les moyens proposés, les uns ont seulement pour but de soulager les malades, les autres au contraire sont institués pour tenter une cure radicale et définitive; de là deux divisions naturelles du traitement : en *palliatif*, et *curatif.*

Traitement palliatif. — Le traitement médical est dans la presque totalité des cas purement palliatif. Je n'y reviendrai pas et je ne parlerai ici que du traitement chirurgical palliatif, c'est-à-dire de la *ponction.*

La ponction peut se pratiquer dans plusieurs conditions bien différentes. Tantôt elle est faite pour achever de fixer le diagnostic (*ponction exploratrice*), tantôt elle a pour effet de vider la tumeur; ailleurs, elle a pour but de vider le kyste, afin d'en diminuer la capacité par le retrait de ses parois et de préparer l'injection iodée. Même dans ce dernier cas, jusqu'au moment où l'on aura recours à l'injection irritante ou modificatrice, c'est encore une ponction palliative. Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur cette dernière opération et nous en reparlerons plus loin. Quant à la ponction exploratrice, elle sera le plus souvent, et elle doit être en même temps palliative; on vide la tumeur par la ponction qui sert à l'explorer, pour fixer le diagnostic.

La ponction se pratique à l'aide d'un trocart muni d'une canule. Il n'est pas indifférent de choisir tel ou tel trocart. Trop gros, cet instrument fait au kyste une large perforation, qui peut permettre ultérieurement au liquide de s'épancher dans le péritoine; s'il est trop petit, le liquide s'écoule parfois difficilement, et la poche se vide lentement et incomplétement. A-t-on quelque raison de penser que le contenu de la tumeur est filant, albumineux, il faut prendre un trocart assez gros; dans le cas contraire, c'est au trocart de moyenne grosseur,

du calibre d'une plume d'oie, par exemple, qu'il faut donner la préférence.

Le trocart une fois choisi, voyons rapidement comment il faut procéder à l'opération et quelles précautions il faut employer.

La malade, couchée sur le dos, est approchée le plus possible du bord du lit, et légèrement inclinée sur le côté, de façon à faire proéminer la tumeur. Un aide presse sur la paroi abdominale, et l'opérateur lui-même comprime le ventre immédiatement au-dessus du kyste. Le trocart est enfoncé perpendiculairement dans la tumeur et dans le point le plus déclive, en suivant pour cette ponction les règles tracées pour la paracentèse abdominale. En retirant le poinçon, il est important, surtout pour ces tumeurs, de pousser la canule aussi profondément que possible et de l'enfoncer jusqu'au pavillon. Aussi longtemps que le contenu du kyste s'écoule à l'extérieur, il faut toujours maintenir la canule dans cette position, afin d'éviter que les parois du kyste, en revenant sur elles-mêmes, s'échappent de la canule, et que celle-ci devienne libre dans la cavité péritonéale. Pour favoriser l'écoulement du liquide et en même temps pour empêcher l'entrée de l'air dans la poche ovarique, il faut recommander à un aide de déprimer la paroi abdominale et aider soi-même à cette compression, en cherchant toujours à porter le liquide vers la canule. Si l'on voyait que le kyste cessât de se vider, il faudrait avec précaution introduire par la canule un stylet mousse et l'enfoncer doucement dans la poche. On refoule ainsi les exsudations plastiques, les flocons albumineux qui obstruent la canule. Si le liquide ne s'échappe pas alors, il faut songer que la canule peut avoir quitté les parois de la tumeur, et prendre garde, par des pressions brusques, fortes, intempestives, d'exprimer le contenu du kyste dans le péritoine.

Ces précautions sont encore plus importantes, lorsque après la ponction, l'on se propose de pratiquer une injection irritante.

Si une petite quantité d'air s'est introduite dans la poche, cette complication n'est pas grave. L'air ainsi emprisonné et ne se renouvelant pas, ne constitue pas un de ces accidents tant redoutés des auteurs anciens. Cet air se dissout, se résorbe, disparaît, sans donner lieu à des symptômes alarmants.

Une fois le kyste vidé, compression bien faite du ventre, repos au lit

pendant six à huit jours; précautions dans la marche pendant une ou deux semaines. Je sais bien que certaines femmes peuvent, dès le lendemain, se livrer à leurs occupations habituelles, mais nous verrons, dans un instant, que cette opération a parfois été suivie des accidents les plus graves, les plus redoutables, et je ne saurais trop insister pour que l'on prenne toutes les mesures que peut exiger une sage prudence.

Le kyste est vide, mais non pour un long espace de temps. Le liquide se reproduit plus ou moins vite, et au bout de quelques mois, parfois de quelques années (et ce sont les cas les plus heureux), la tumeur a repris ses dimensions normales. Il faut alors revenir et revenir encore à une nouvelle opération, et l'on a pu ainsi, chez certaines femmes, pratiquer vingt, trente, quatre-vingts ponctions et même davantage. M. Moreau a cité une femme qui avait subi cent dix ponctions. Parmi ces malades, il en est qui viennent, comme l'a dit M. Malgaigne, se faire opérer, relèvent leurs jupons, sont ponctionnées, et retournent à leurs occupations habituelles.

A côté de ces ponctions que l'on peut appeler *abdominales*, il faut placer les ponctions par le vagin, *vaginales*. M. Huguier les a vantées dans bon nombre de circonstances, et elles méritent certainement une grande faveur, dans le cas où la tumeur est contenue dans la cavité pelvienne et proémine dans le vagin. Elles sont surtout applicables aux kystes des trompes, aux hématocèles rétro-utérins, etc.

Pour les pratiquer, il faut qu'un aide presse sur la tumeur en déprimant la paroi abdominale, comme s'il voulait la chasser par la vulve. Le doigt indicateur de la main gauche appliqué sur le kyste, sert de guide au trocart que l'opérateur enfonce de la main droite. Le kyste se vide mieux, et cette opération devrait être sans nul doute préférée à la précédente ; mais malheureusement la position du kyste la rend impossible dans le plus grand nombre des cas.

Ces ponctions, ai-je dit, n'offrent le plus souvent aucun danger. Telle était l'opinion générale de la plupart des chirurgiens. La discussion de l'Académie a enfin montré ce qu'il fallait attendre d'une semblable opération.

Les ponctions sont, le plus souvent, innocentes, c'est-à-dire qu'elles déterminent très rarement la mort, immédiatement après qu'elles ont

été pratiquées. Mais ces ponctions successives, comme l'a bien fait remarquer M. Pidoux, affaiblissent les malades; le liquide qui se reproduit dans le kyste, absorbe une grande partie des matériaux de la nutrition. On a vu, il est vrai, des femmes vivre pendant quinze, vingt, vingt-cinq ans, soumises aux ponctions successives, mais ces exemples j'oserai les appeler des exceptions. Plus les ponctions sont nombreuses, plus le liquide se reproduit facilement.

En voici un exemple que j'extrais des observations recueillies dans le service de M. Velpeau :

Kyste de l'ovaire. Ponction. — La malade, âgée de soixante-neuf ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, le 2 mai 1853. Elle a depuis dix-huit ans un kyste de l'ovaire, qui a été ponctionné déjà quatorze fois. Le ventre est distendu d'une manière considérable; quelques jours après son entrée, une ponction est pratiquée; il sort une quinzaine de litres d'un liquide brunâtre, couleur de café, un peu différent du liquide des kystes de l'ovaire. Cependant, comme cela a déjà eu lieu les autres fois, le liquide ne tarde pas à se reproduire, et au bout d'un mois de séjour dans les salles, la malade sort le 9 juin à peu près dans le même état que le jour de son entrée. Seulement elle s'affaiblit, les fonctions digestives s'accomplissent mal, et plus les ponctions se rapprochent, plus la faiblesse augmente.

Les statistiques fournies par les auteurs sont assez effrayantes. Voici des chiffres donnés par Southam, mais ils feraient prendre une fausse idée de la ponction, si l'on y attachait une trop grande importance. Sur 21 femmes ponctionnées, 4 sont mortes dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération; 3 dans le premier mois; 14 avant la fin de la première année. — Lee, sur 36 cas, a compté 3 décès dans les vingt-quatre heures, 6 en quelques jours; 12 en un an (21 morts en un an). C'est déjà plus rassurant. — Kiwisch, sur 64 cas, note 9 morts dans les vingt-quatre heures; 40 et quelques cas en moins d'un an. — Le docteur Fock, dans un travail publié à Berlin, en 1856 (1), en réunissant les faits précédents (Southam, Lee, Kiwisch), et en ajoutant quelques autres exemples, donne les chiffres suivants : Sur 132 cas, 25 morts en quelques heures; 24 en six mois; 22 à la fin de la première année; 21 dès la deuxième année; 11 dans la troisième; par conséquent, 103 cas qui ont été observés, suivis, et

(1) *Sur le traitement chirurgical des kystes ovariques et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes.* — Ouvrage cité par le docteur Schnepf.

dans lesquels la mort est arrivée très promptement. Encore une fois, ces chiffres sont exagérés. La mortalité sans doute est grande, soit immédiatement, soit dans les années qui suivent la première ponction, mais les auteurs précédents ont négligé de compter les cas plus heureux, à côté de ceux qu'ils ont enregistrés, et l'on peut dire, avec le docteur Atlee, que les malades atteintes de tumeurs enkystées de l'ovaire, vivent plus longtemps quand les kystes ont été ponctionnés, que quand ces tumeurs sont abandonnées à elles-mêmes. Sur 310 ou 312 ponctions qu'il a pratiquées, M. Velpeau a suivi un assez bon nombre de malades. Celles-ci ont vécu en général de six à dix-huit ans. L'une d'entre elles, ponctionnée 38 fois, a vécu quatorze ans à partir de la première opération.

La ponction n'est qu'un moyen palliatif opposé aux dangers des tumeurs ovariennes. Ne lui demandons que ce qu'elle peut donner : prolonger les jours des malades et leur rendre la vie supportable. Ce résultat, elle nous le fournit; et même dans quelques cas fort rares, fort exceptionnels, cette simple opération a été suivie d'une guérison radicale et définitive. Le fait suivant est sans contredit le plus curieux que l'on puisse rapporter. L'opération a été pratiquée sur la femme d'un médecin que j'ai revue en 1855, et qui habite le midi de la France. La guérison s'était maintenue depuis 1847. Voici ce fait en quelques mots :

En 1847 ou 1848, MM. Velpeau, Nélaton et Récamier furent appelés en consultation auprès de cette dame, âgée de cinquante ans environ. Elle portait un kyste ovarique dont les parois étaient assez tendues, et entourées de bosselures dures, fibreuses, paraissant faire partie de la poche. Après discussion, il fut décidé que l'on pratiquerait une ponction simple, palliative. On fit sortir par la ponction quinze à seize litres d'un liquide séreux, limpide. A la suite de cette ponction, le kyste devint le siége d'une inflammation modérée, qui eut pour conséquence d'amener la disparition de cette poche.

M. Robert a aussi obtenu un succès à la suite d'une simple ponction ; mais M. Robert pense qu'il a eu affaire, dans ce cas, à un kyste hydatique. Or, je me suis expliqué, dans la première partie de ce travail, sur ces prétendus kystes hydatiques de l'ovaire, et rien ne prouve qu'il en existe dans cet organe. Citons encore un fait de M. Roux, un fait de

M. Huguier, en 1853. M. Huguier a revu la malade en 1856 et la guérison s'était maintenue. MM. Velpeau, Trousseau, Jobert ont aussi obtenu de pareils succès, après la ponction simple plusieurs fois répétée.

Il faut prendre garde de compter trop vite comme un succès une reproduction lente du liquide d'un kyste ponctionné. Tel kyste paraît guéri pendant six mois, un an et plus, qui se reproduit plus tard. Mais tout en faisant ces réserves, je suis convaincu qu'il existe dans la science des cas de guérison définitive après une seule ou plusieurs ponctions simples. Ainsi le fait que j'ai rapporté tout à l'heure, ainsi le fait de M. Huguier, ainsi le fait de M. Roux, constaté par M. Moreau, ne laissent, je crois, rien à désirer.

Et puisque je parle de récidive, qu'il me soit permis de donner toute ma pensée. Il est des cas dans lesquels on parle de récidive, et qui sont dus au contraire au développement d'une tumeur voisine. Ainsi, dans un kyste multiloculaire il n'est pas rare de voir une poche volumineuse à côté de poches plus petites, rudimentaires. Le grand kyste absorbe toute la force nutritive des kystes voisins. Mais que l'on vienne à opérer cette poche principale, si elle disparaît, les autres commencent à s'accroître et à se développer à leur tour. Il n'est pas facile, dans le plus grand nombre des cas, de contester l'existence de ces poches multiples. Dans un fait cité précédemment, et opéré par M. Velpeau, ce n'est qu'après avoir vidé une première poche qu'on put constater l'existence d'une loge voisine, pleine de liquide. Si ce kyste eût été plus petit, il eût pu passer inaperçu et se développer ultérieurement. Je pense donc que, dans bon nombre de circonstances, quand un kyste est resté guéri pendant une période de temps assez longue, un an, par exemple, s'il se manifeste un autre kyste, ce n'est pas une récidive, mais plutôt le développement d'une poche d'une tumeur multiloculaire.

Mais revenons à la ponction palliative. A côté de ces cas heureux, le revers de la médaille.

Si cette opération a pu, dans quelques cas très exceptionnels, amener une guérison définitive, elle a été quelquefois, et plus souvent, suivie d'accidents promptement mortels. J'ai déjà signalé plusieurs de ces faits malheureux dans les statistiques précédentes. Je pourrais en citer d'autres encore.

M. Velpeau, après avoir pratiqué plus de deux cents ponctions sans

observer une seule fois ces accidents redoutables, a vu, presque dans la même année, quatre malades succomber après une simple ponction, faite avec toutes les précautions possibles. J'ai rapporté, dans la première partie de ce travail, une de ces observations. Depuis cette époque, M. Velpeau a fait encore un grand nombre d'opérations. Le résumé de la pratique de notre maître est à peu près quatre morts sur trois cent dix ou douze ponctions.

M. Cruveilhier a relaté, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, deux cas de ponction suivie promptement d'accidents mortels.

MM. Jobert, Huguier, Robert, etc., n'ont pas rencontré de faits semblables dans leur pratique.

Assez souvent, dans ces opérations, il s'agissait de kystes albumineux, contenant un liquide filant. Un des faits de M. Cruveilhier porte avec lui de précieux enseignements. Il ne faut pas que le trocart ait un calibre trop considérable ; il ne faut pas, quand le liquide ne sort pas par la canule, pratiquer dans la tumeur des injections d'eau tiède, pour essayer de dissoudre le liquide. Les manœuvres difficiles, longtemps continuées, sont dangereuses dans beaucoup de circonstances.

Mais si dans quelques cas on a pu expliquer par des manœuvres dangereuses la mort qui a suivi promptement une simple ponction, assez souvent ces faits restent inexplicables. On ne trouve à l'autopsie rien dans le péritoine, dans le kyste, qui puisse expliquer cette fatale terminaison. Cette proposition paraîtra moins hasardée en présence des deux faits suivants, bizarres, surprenants, j'oserai dire *merveilleux :*

Une femme couchée salle Sainte-Catherine, service de M. Velpeau, devait subir une ponction pour un kyste de l'ovaire. Au moment de la pratiquer, M. Velpeau remarque un peu d'agitation chez la malade, un peu de fièvre ; il remet la ponction à un autre jour. Quelques heures après, douleurs violentes dans le ventre, pouls petit, face grippée, etc. — Mort dans la journée.

M. Nélaton a observé un fait semblable chez une malade qu'il avait déjà ponctionnée quelques mois auparavant, et qu'il devait ponctionner encore. La malade mourut le jour où devait être pratiquée cette opération.

Ces morts brusques et effrayantes n'arrivent pas seulement à la suite d'une première ponction, et je puis rappeler ici un fait de Delpech,

cité par M. Jobert. Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui a subi quatorze ponctions, et qui a succombé rapidement après la dernière.

Rapprochons de ces faits malheureux plusieurs variétés d'accidents qui peuvent survenir aussi à la suite de la simple ponction d'une tumeur enkystée de l'ovaire. Je me bornerai à indiquer l'inflammation du kyste, les ruptures qui se produisent plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'opération : je rappellerai ces complications dans le court chapitre consacré au traitement des accidents qui peuvent survenir après les opérations.

Les hémorrhagies sont rares après la ponction, et cela se comprend aisément, si l'on n'a pas oublié ce que j'ai dit dans la première partie de ce travail sur la structure de ces tumeurs. Mais il est une variété d'hémorrhagie qui doit nous arrêter un instant : une petite digression fera bien comprendre ma pensée.

A la suite de la ponction d'un kyste séro-hématique du corps thyroïde, on a parfois vu sortir par la canule, au moment où la poche était presque vidée, du sang pur et en quantité considérable, et on pourrait quelquefois croire que le trocart a traversé un vaisseau volumineux. Le sang ne s'arrête point tant que la canule est en place. La première fois que M. Velpeau a été témoin de ce fait, grande fut sa surprise; mais, la canule retirée, la poche se remplit et il ne survint aucun accident. M. Velpeau a observé et signalé plusieurs fois ce fait singulier. J'ai aussi entendu M. Nélaton insister sur cette hémorrhagie après la ponction des kystes thyroïdiens. Il semble que le sang pleut dans cette poche.

Or, ce fait a été observé aussi dans quelques ponctions de kystes de l'ovaire, et un interne distingué des hôpitaux m'a raconté un de ces faits dans lesquels une poche ovarique a été soumise à cette pluie de sang. L'hémorrhagie fut abondante; la canule fut retirée; la femme était très faible; du sang s'échappa dans le péritoine, et la malade mourut. A l'autopsie, on ne trouva aucun vaisseau blessé, aucune bouche vasculaire béante dans le kyste, qui était à moitié rempli de sang pur. Il semble que les capillaires, habitués à la tension du kyste, laissent suinter le sang quand cette pression, quand cette tension disparaît. Dans ces cas, il faut, comme pour les kystes thyroïdiens, se hâter de

retirer la canule aussitôt que l'on voit s'écouler du sang pur, et avant que la quantité de sang écoulé soit considérable.

J'ai envisagé la ponction palliative sous tous ses points de vue; j'ai insisté sur sa valeur relative et sur sa valeur absolue, sur les dangers qu'elle peut offrir ; résumons maintenant en quelques mots ce qui vient d'être dit.

Frank appelait la ponction d'un kyste ovarique une consolation pour la malade (*solatium*) ; mais si la ponction n'est que palliative, du moins elle a souvent pour avantage, et de rendre la vie supportable, et aussi de prolonger les jours des malades. Elle peut donner lieu à des accidents plus ou moins promptement mortels ; mais ces faits sont heureusement exceptionnels. Elle a pu, dans quelques cas très rares, suffire pour déterminer une guérison définitive.

La ponction palliative doit être conservée; mais je pense, et j'insisterai sur ce point dans un chapitre suivant, qu'elle doit être employée seulement dans les cas où il n'est pas possible de songer à une cure radicale du kyste de l'ovaire. Elle doit être conservée, mais elle ne doit plus aujourd'hui dominer, comme elle l'a fait trop longtemps, la thérapeutique des tumeurs ovariennes. Elle prolonge souvent de quelques années la vie des malades, et elle présente, dans certains cas, presque autant de dangers que la ponction curative, c'est-à-dire suivie de l'injection d'un liquide irritant.

Voyons maintenant dans quelles circonstances elle doit être appliquée.

— Pour les kystes multiloculaires, quand il existe un grand nombre de poches petites, mais que l'on peut vider par des ponctions successives. Je fais encore ici quelques réserves, et j'essayerai de les justifier en parlant des injections iodées.

— Pour les kystes composés, c'est-à-dire coïncidant avec l'existence de tumeurs diverses, alors que le kyste détermine des accidents graves dans la nutrition, la circulation, la respiration.

— Pour les kystes compliqués d'accidents graves, tels qu'une rétention des matières fécales, etc. M. Cruveilhier a rapporté l'exemple d'une malade pour laquelle il a été appelé à Amiens, et qui a succombé dans ces circonstances. M. Cruveilhier dit, en parlant de ce fait, qu'il n'hésiterait pas, dans un cas pareil, à pratiquer la ponction du kyste. La

ponction est, en effet, le seul remède capable de prolonger les jours de la malade.

— Pour les kystes ovariques coïncidant avec une grossesse, et dont la présence gêne le développement de l'utérus, donne lieu à des prodromes de fausses-couches, ou même entrave le travail de l'accouchement.

— Pour les kystes volumineux qui ont déterminé une détérioration profonde de l'organisme, en attendant que l'on puisse, si c'est possible, recourir à un autre traitement.

— Pour les kystes, en un mot, qui menacent les jours de la malade par leur développement, par leurs complications.

— Pour les kystes kématiques ; et dans ce cas, si le kyste n'est pas trop ancien, s'il n'y a aucune fausse membrane, aucun dépôt fibrineux, la ponction suffit parfois pour changer la nature du liquide et transformer un kyste sanguin en un kyste séreux.

— En tout cas, il ne faut pas retarder trop longtemps une ponction que l'on doit pratiquer. Plus le kyste est volumineux, plus grande est la débilité de la malade, plus dangereuses sont les suites de l'opération.

— La ponction palliative ne produira aucun résultat favorable dans les kystes purulents ; il faut une autre thérapeutique. Nous y reviendrons plus loin.

— Les kystes à liquide épais, filant, doivent-ils être soumis à la ponction palliative ? J'ai insisté, dans la première partie de ce travail, sur deux faits importants au point de vue du traitement des tumeurs qui nous occupent. Le liquide des kystes séreux, a dit M. Cruveilhier, ne revêt point, à la suite d'une ou plusieurs ponctions, les caractères du contenu des kystes gélatineux, *mais celui-ci peut devenir séreux.* M. Velpeau a aussi insisté sur ce fait d'une immense valeur. Si cette seconde proposition était vraie, si elle était confirmée par de rigoureuses observations, si elle n'était pas donnée sous forme d'assertion pure et simple, il y aurait au moins quelque espoir d'arriver à guérir ces kystes, le plus ordinairement incurables, par les injections iodiques. Aussi je n'hésite pas à conseiller de ponctionner les kystes gélatineux. On rejettera, bien entendu, les injections d'eau tiède, pour délayer le liquide qu'ils renferment ; et on pratiquera une ponction simple, avec un trocart d'un calibre moyen. S'il sort quelques cuillerées de

liquide, peut-être surviendra-t-il une modification dans les parois et partant dans la sécrétion de la poche ovarienne. On reviendrait plus tard à une seconde ponction, à des ponctions successives, en s'entourant de toutes les précautions commandées par la prudence, pour éviter les accidents redoutables dont j'ai parlé. Parmi ces kystes dont le contenu est épais, filant, comme gélatineux, il en est qui se vident assez bien, mais lentement. Pour ceux-ci je prescrirais encore, *et surtout* la ponction, et même lorsque la poche sera bien vidée, des lavages, soit avec une sonde ordinaire, soit avec une sonde à double courant.

— Quant aux kystes séreux, uniloculaires, à moins d'une indication formelle résultant de l'âge, de l'état général, des complications de voisinage, je pense que la ponction palliative ne doit être considérée que comme le premier temps d'une autre opération.

Je ne puis trop le répéter, cette ponction palliative ne fait ordinairement que prolonger les jours des malades. La discussion académique a déjà élargi le cercle des opérations curatives et j'espère que l'on arrivera à effacer encore dans bien des cas l'épithète d'*incurable* qui est malheureusement inscrite sur un trop grand nombre de ces tumeurs.

Traitement curatif. — Après les moyens palliatifs fournis par l'arsenal thérapeutique ou par la chirurgie, occupons-nous du traitement curatif, du traitement institué pour tenter une guérison radicale et définitive. Les moyens qui ont été proposés sont nombreux, car de tout temps cette importante question a excité les méditations des médecins.

Toutes les ressources de la chirurgie, tous les procédés opératoires que l'on a mis en pratique pour la cure radicale des kystes de l'ovaire, peuvent être rapportés à trois *méthodes* principales :

A. Dans la *première*, on cherche à obtenir la suppuration de la tumeur et à la traiter comme un foyer purulent.

B. Dans la *seconde*, on extirpe la tumeur elle-même.

C. Dans la *troisième*, on a pour but de modifier la face interne du kyste et partant d'obtenir la résorption du liquide, une exsudation plastique et l'occlusion de la poche.

Nous allons étudier ces trois méthodes et les procédés qui se rattachent à chacune d'elles.

A. — Parmi les kystes de l'ovaire, quelques-uns, soumis à un

travail pathologique, sont devenus purulents. Ces kystes tendent à se créer une issue, soit dans les organes voisins, soit à travers la paroi abdominale. Les chirurgiens ont essayé de provoquer ce travail de suppuration dans toutes les tumeurs enkystées de l'ovaire et de leur créer une ouverture à l'extérieur : plusieurs moyens ont été proposés pour arriver à ce résultat.

1° *L'incision*, conseillée par Ledran, dans la première moitié du XVIIIe siècle, a été aussi vantée par Morand, Delaporte, etc. Cette opération, telle que la conseillaient ces chirurgiens, consistait à ouvrir le kyste et à maintenir l'ouverture béante, d'abord à l'aide d'une bande de toile effilée, à laquelle on substituait plus tard une tente, puis une canule, qui offrait une voie libre à l'écoulement du liquide renfermé dans la poche, et qui permettait de faire des injections détersives. Cette incision longitudinale était pratiquée dans le point le plus déclive et le lieu de l'élection variait suivant la position de la tumeur. Elle était surtout indiquée pour les kystes renfermant un liquide épais. Galenzowski modifia cette opération. Il traversa une des parois du kyste avec un fil, qu'il tira fortement, afin de fixer la tumeur près de la plaie de l'abdomen et d'empêcher la matière qui s'en écoulait de tomber dans la cavité péritonéale. La malade traitée par ce procédé ne conservait, au soixante et dixième jour, qu'une petite fistule. On verra plus tard qu'il ne faut jamais compter sur une guérison radicale et définitive tant qu'il reste un trajet fistuleux.

M. Bégin apporta une grande modification à cette opération.

En 1827, Graves, pour le traitement des abcès du foie, donnait le précepte d'inciser la paroi abdominale jusqu'au péritoine et d'attendre, pour ouvrir le foyer, que des adhérences fussent établies entre les deux feuillets de la grande séreuse. En 1830, M. Bégin (1) généralisait ce procédé et posait les mêmes règles pour l'incision de toutes les collections abdominales.

Malgré ces préceptes, ce procédé est généralement abandonné, et l'incision des kystes de l'ovaire ne doit plus être conservée que pour un certain nombre de tumeurs portant avec elles des indications spéciales.

(1) *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres, développées dans l'abdomen.* (*Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1830, t. I, p. 417.)

Je n'hésite pas, pour ma part, à la rejeter d'une manière presque absolue.

Cette opération n'est applicable que dans quelques cas particuliers; ainsi pour les grossesses extra-utérines, tubo-ovariques, les kystes fœtaux, les kystes pileux de l'ovaire, et encore faut-il que ces kystes, par leur développement et les accidents qu'ils déterminent, menacent de se rompre soit à l'extérieur, soit dans le péritoine, soit dans un organe voisin. Quand il sera possible d'ouvrir ces tumeurs par le vagin, cette voie devra toujours être préférée. Ces kystes contiennent des corps étrangers, qui doivent être éliminés, et l'incision seule peut remplir cette indication. A moins que ces tumeurs enflammées ne menacent de s'ouvrir, à moins que les accidents de voisinage ne viennent prouver suffisamment que des adhérences sont établies entre les feuillets du péritoine, il faut suivre le précepte tracé par M. Bégin, ou tout au moins fixer le sac aux lèvres de la plaie, comme l'a fait Galenzowski.

L'incision a été encore pratiquée par les chirurgiens, surtout par les chirurgiens anglais et américains, dans le cas ou des adhérences empêchaient l'extirpation de la tumeur ou l'issue du liquide. Dans ces cas, je la proscris d'une manière absolue. Le docteur Fock n'a enregistré que des insuccès pour les opérations pratiquées dans ces circonstances.

2° *Excision partielle du kyste.* — Cette opération, imaginée pour certains cas dans lesquels des adhérences empêchaient l'extirpation totale de la tumeur, a été érigée en méthode par Wilson et Brown.

Deneux, dans ses *Recherches sur la hernie de l'ovaire*, dit avoir extirpé, chez une femme, une grande partie de l'ovaire et la malade guérit. Dzondi aurait réussi une fois dans une semblable opération. Mais Lizars, Martini et beaucoup d'autres n'auraient eu à enregistrer que des insuccès. En parcourant les statistiques des extirpations totales de l'ovaire, on trouve la relation de quelques faits dans lesquels les chirurgiens n'ont pu parvenir à enlever totalement la tumeur et ont dû abandonner l'opération, après avoir excisé une portion plus ou moins considérable de la poche. Quelques malades ont guéri à la suite de ces tentatives imprudentes et téméraires, mais la plupart ont succombé. Cette opération est sans contredit, plus difficile, plus longue, plus laborieuse, plus grave que l'incision, et elle ne me paraît pas avoir d'avan-

tage sur cette dernière, soit pour la durée de la suppuration, soit pour le retrait de la tumeur, soit pour la promptitude de la terminaison; elle doit être, à mon avis, tout à fait abandonnée.

3° *Canule à demeure.* — Nous touchons à une partie très intéressante de la question : je veux parler des sondes, des canules, des tubes introduits et laissés à demeure, pour le traitement des kystes de l'ovaire. Avant la discussion de l'Académie, ce moyen, si séduisant, était assez généralement accepté par les chirurgiens. Mais il n'a pas tenu tout ce qu'on en attendait et M. Boinet, qui a bien étudié cette question, commençait déjà à y renoncer.

Récamier, pour ouvrir les abcès abdominaux et notamment les collections liquides du foie, avait recommandé de provoquer d'abord des adhérences entre les feuillets (viscéral et pariétal) du péritoine. Pour y parvenir, il avait recours à des applications successives de potasse caustique.

Sur le lieu choisi pour pratiquer l'ouverture de la poche, et dans une étendue bien déterminée à l'avance, on fait une application de potasse; six ou douze heures après, on enlève l'eschare et on applique, dans la plaie, une seconde fois le caustique; six ou douze heures plus tard, troisième application de potasse, après avoir, comme la première fois, enlevé l'eschare. On peut alors laisser l'eschare en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on fait une quatrième, puis une cinquième application de caustique, toujours à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. Au bout de cinq à huit cautérisations, au bout de six à dix jours on a atteint le péritoine. Pour savoir si l'on est près du foyer, il est bon de se servir d'une petite aiguille, d'une aiguille à cataracte par exemple, et de l'enfoncer dans la tumeur. On apprécie, de cette manière, l'épaisseur de tissus qui reste à traverser pour arriver à la poche. On peut, quand on est arrivé sur le sac, se servir, pour lui donner une ouverture suffisante, du bistouri ou mieux d'un trocart. On vide alors la poche et on maintient l'ouverture béante, soit à l'aide de la canule maintenue en place, soit à l'aide d'une sonde de gomme élastique, que l'on substitue à la canule. Il faut rejeter l'usage des sondes de gutta-percha; elles se brisent facilement, peuvent tomber dans le foyer et constituer un corps étranger, difficile à extraire. On a

souvent remplacé ces sondes, ces canules de trocart, par des canules faites spécialement pour ces tumeurs, des canules à double pavillon, dont le pavillon intérieur, quand la canule est introduite, se relève à l'aide d'un mécanisme ingénieux. Ces canules, qui rappellent par leur forme les boutons de chemise, sont faciles à appliquer et surtout très faciles à maintenir en place.

C'est ainsi que l'on procède pour arriver au kyste de l'ovaire, mais que l'on se serve d'une canule ou d'une sonde, ou même du tube-séton, dont nous parlerons tout à l'heure, voyons ce qui va se passer.

La poche se vide, revient peu à peu sur elle-même, diminue de capacité. — Elle s'enflamme : le liquide, qui d'abord était constitué par de la sérosité plus ou moins pure, plus ou moins fluide, se trouble, devient purulent. Le pus, en contact avec l'air, ne tarde pas à s'altérer : il devient noirâtre, fétide, et si l'on abandonnait le foyer à lui-même, les malades ne tarderaient pas à succomber à l'infection putride, à l'épuisement, à l'hectisie.

Pour parer à ces accidents, on a recours à des injections détersives et surtout aux injections iodiques. M. Boinet a surtout bien indiqué les propriétés antiputrides, antiseptiques de l'iode.

Pour faire ces injections, ces lavages du kyste, on pousse à travers la sonde ou la canule, le liquide qu'on veut injecter. Il est bon, dans ces cas, d'introduire dans la sonde ou la canule qui restent en place, une sonde plus petite et plus longue, qui peut pénétrer jusqu'au fond du foyer et par laquelle on pousse l'injection. Le contenu de la poche et le liquide injecté s'échappent alors par la grande canule, et l'on a de cette manière une véritable sonde à double courant (1).

On injecte d'abord de l'eau tiède pour laver l'intérieur du sac et le débarrasser du pus qu'il renferme, ou bien de l'eau de tilleul, ou encore de l'eau légèrement chlorurée. Puis, ce premier lavage terminé, on emploie un mélange de teinture d'iode et d'eau, à peu près dans les proportions suivantes : un tiers de teinture d'iode; deux tiers d'eau, additionnés de quelques grammes d'iodure de potassium. On injecte même quelquefois de la teinture d'iode pure.

(1) M. Mathieu a fabriqué pour moi une sonde à double courant très ingénieuse. C'est un trocart ordinaire, dans la canule duquel on introduit une tige creuse à deux canaux distincts. Cette sonde-trocart à double courant m'a déjà rendu des services.

Sous l'influence de ce lavage, la fétidité du pus disparaît en général assez vite. On peut revenir à ces injections tous les jours, mais il me paraît préférable de les pratiquer seulement tous les trois, quatre ou cinq jours. L'injection iodique suffit en effet pour maintenir pendant ce temps les bonnes qualités du pus.

La poche revient sur elle-même, la quantité de pus diminue, et au bout d'un certain temps, assez long il est vrai, qu'on peut évaluer à deux, quatre ou six mois, et même quelquefois davantage, il reste une petite cavité qui fournit chaque jour à peu près une cuillerée de liquide purulent et un trajet fistuleux qui sera très difficile à fermer. Les chirurgiens, autrefois, inscrivaient le mot *guérison* sur les kystes ovariques arrivés à cet état. La discussion académique a montré ce qu'on devait penser de ces résultats heureux. La malade n'est point guérie tant qu'il reste un foyer, quelque petit qu'il soit, et M. Robert nous a cité des exemples qui doivent nous empêcher de trop précipiter notre jugement. M. Thomas avait, dans sa thèse, noté comme guéries des malades qui portaient de ces trajets fistuleux, et que M. Robert a vu succomber six et même dix mois plus tard. Des exemples semblables ont été cités par MM. Huguier, Malgaigne, Cazeaux et Boinet.

Il semble que des adhérences empêchent la poche de se fermer complétement, et, à un moment donné, du pus se forme en plus grande abondance, il devient fétide, ou bien encore la poche se rompt, ou bien l'inflammation se propage à la séreuse péritonéale, et les malades succombent en très peu de temps.

Il suffit de lire les différents discours prononcés à la tribune de l'Académie, pour se convaincre que je n'ai pas été trop loin en disant que les cas de guérison définitive et durable sont très rares, et qu'on ne peut jamais regarder comme guérie une tumeur ovarique qui fournit encore du pus et qui communique à l'intérieur à l'aide d'un trajet fistuleux plus ou moins long. C'est à peine si l'on peut compter dans la science deux ou trois faits de guérison définitive, *rigoureusement observés*.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que des cas les plus heureux; mais, avant d'arriver à l'état où nous venons de les voir, les kystes de l'ovaire peuvent donner lieu à une foule d'accidents. Beaucoup de femmes succombent dans les premiers jours, dans les premières semaines ou dans

les premiers mois qui suivent l'opération. J'en ai vu mourir ainsi plusieurs à l'hôpital de la Charité.

Je ne possède pas assez d'observations pour donner exactement les chiffres d'une statistique, mais voici ce qui pour moi résulte de ce que j'ai vu et de ce que m'ont appris mes recherches bibliographiques : très peu de succès durables et définitifs, beaucoup de morts dans les premiers temps qui ont suivi l'opération, et quelques faits qui laissent trop à désirer, puisque les malades portent toujours leurs canules.

M. Barth a présenté à l'Académie de médecine une malade qu'il avait opérée d'un kyste de l'ovaire par un procédé ingénieux et très séduisant. Voici ce procédé en quelques mots :

La malade est couchée sur le dos. Une sonde est introduite dans la vessie, pour la vider complétement de l'urine qu'elle pourrait contenir. Cette précaution prise, un aide appuie sur la partie supérieure du kyste, de façon à le faire proéminer en bas et en avant. Sur la partie déclive, on enfonce un trocart courbe jusque dans la poche. Le poinçon est alors retiré et rentré dans la canule. On retourne le trocart de façon que sa courbure, qui tout à l'heure regardait la symphyse pubienne, soit tournée en avant du côté de l'opérateur. On pousse la canule dans la poche et on vient l'appliquer fortement sur la face profonde de la paroi antérieure du kyste, à quelques centimètres au-dessus du point d'entrée. La canule est ainsi maintenue bien appliquée contre la paroi du kyste. On presse alors le poinçon du trocart, qui vient traverser la paroi abdominale. Dans le premier temps de l'opération, on plonge le trocart des parties superficielles vers les parties profondes ; dans le second, des profondes vers les parties superficielles. Quand le trocart a ainsi embroché le kyste et que la canule est ressortie avec le poinçon, on retire le trocart et on laisse la canule à demeure. A travers cette canule, on introduit, à l'aide d'un stylet d'argent recourbé, un tube de caoutchouc vulcanisé et qui porte trois à quatre fenêtres à sa partie moyenne. Quand le tube a traversé la canule, on retire celle-ci, et le tube reste en place. C'est un *séton creux*, un *tube-séton*. Cette opération, généralisée par M. Chassaignac sous le nom pittoresque de *drainage chirurgical*, a rendu de grands services dans une foule de tumeurs purulentes. M. Chassaignac l'avait signalée et mise en pratique pour toute sorte de tumeurs liquides, mais je ne crois pas qu'il l'ait préconisée dans le traitement

des kystes de l'ovaire. Ce procédé me paraît donc avoir été employé pour la première fois par M. Barth.

Ce *tube-séton* est facile à appliquer. Le kyste peut se vider petit à petit; les matériaux putrides de la suppuration s'écoulent aisément; le chirurgien peut laver le foyer de la manière la plus simple; des adhérences s'établissent entre la poche et la paroi abdominale, au niveau des trous d'entrée et de sortie, et la tumeur est maintenue dans de bonnes conditions. Cette opération est, au premier abord, très séduisante; plus facile, plus prompte que celle qui a été décrite plus haut (canule, sonde à demeure).

La malade de M. Barth paraissait en bonne voie de guérison quand elle voulut quitter l'hôpital. Elle fit des imprudences, la tumeur se rompit, et cette rupture amena rapidement la mort. J'ai déjà eu occasion de parler plusieurs fois de cette malade dans le cours de ce travail.

Une autre opération semblable à celle-ci fut pratiquée à Vitry, par M. Gosselin. La malade mourut d'infection putride, malgré tous les moyens qu'on mit en usage pour conjurer cette fatale terminaison.

Ce procédé de M. Barth, préférable sans doute à la simple canule à demeure, offre les mêmes inconvénients que cette dernière opération. Or, en s'appuyant sur les faits cités à l'Académie et par M. Boinet, et sur les considérations qui ont été développées tout à l'heure, la canule à demeure ou le tube-séton doivent être rejetés dans le traitement de la plupart, au moins, des kystes ovariques.

Ces divers procédés opératoires ne doivent pas être mis en pratique dans les kystes séreux uni- ou pluriloculaires, dans les kystes gélatineux, dans les kystes composés. Quand un kyste est devenu purulent, on pourrait sans doute songer à le traiter comme un abcès profond, et avoir recours soit au procédé de Récamier, soit au procédé de M. Barth, mais même dans ces cas, il sera le plus souvent préférable de s'adresser à une autre méthode de traitement, dont nous parlerons plus loin. Si je fais quelques restrictions pour ces dernières tumeurs seulement, c'est que les faits que nous possédons et la discussion académique ne me permettent pas encore de proscrire ces opérations d'une manière absolue. Cependant elles sont dangereuses, et surtout elles entretiennent chez les malades, pendant un temps fort long, une cause de mort permanente.

B. *Extirpation de la tumeur.* — Cette opération, née en France, a surtout été pratiquée par des chirurgiens anglais et américains.

La première idée de cette opération a été émise par Delaporte. Elle est indiquée par Schlenker en 1722, Willius en 1731, Peyer et Targioni en 1751 et 1752, et elle fut pratiquée pour la première fois en 1781 par Laumonier (de Rouen). L'article de M. Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire,* ne laisse rien à désirer sur ce sujet. En faisant le relevé des opérations consignées dans le livre de M. Velpeau, nous trouvons 24 opérations : 14 succès, 10 morts. Douze fois l'opération fut incomplète et se réduisit soit à une incision, soit à une excision de la tumeur : 8 guérisons, 4 morts. M. le docteur Chereau (*Journal des conn. méd.-chirurg.*, 1844) a réuni 65 cas d'extirpation, 42 succès. M. Giraldès, à la Société de chirurgie, a rapporté une statistique de Robert Lee : 162 cas, 61 morts. Sur 111 cas, ces opérations sont réparties de la manière suivante :

AGE.	OPÉRATIONS.	MORTS.
De 18 à 30 ans.........	40	19
30 à 40	41	13
40 à 50	17	4
50 à 60	13	2

D'après ce tableau, cette opération serait d'autant plus grave qu'on la pratiquerait chez des malades moins avancées en âge.

Le docteur Fock (*loc. cit.*) a rassemblé 292 cas d'extirpation de kystes de l'ovaire, sur lesquels on compterait 120 guérisons, 120 décès et 52 améliorations. Le docteur Fock, et avec raison, reproche aux chirurgiens anglais et américains d'avoir trop facilement entrepris de pareilles opérations avant d'avoir suffisamment établi le diagnostic de la tumeur et de ses complications, puisque 92 fois les chirurgiens Bird, Atlee, Clay ont dû s'arrêter au milieu de l'opération, à cause des adhérences du kyste à l'estomac, au diaphragme, au mésentère, etc., et que sur ces 92 cas ils ont eu 31 morts. D'après le docteur Fock, cette opération donnerait 1 mort sur 3 opérées pour des tumeurs enkystées de l'ovaire, et 1 mort sur 2 pour des tumeurs solides. Il ajoute qu'il faut opérer de bonne heure.

La statistique du docteur Fock a été reproduite par M. Ch. Bernard dans les *Archives de médecine.*

M. Velpeau a encore ajouté, dans son remarquable discours à l'Académie, deux autres statistiques. Dans la première, 7 morts sur 13 opérations; dans la seconde, 15 sur 30.

Ces différentes statistiques se copient sans nul doute les unes les autres, mais les résultats sont assez satisfaisants. Si l'on avait publié tous les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, elle mériterait de fixer, de rappeler l'attention des chirurgiens. Aussi j'ai grand'peur qu'elle ne nous fournisse que des données trop incomplètes pour qu'on puisse dès aujourd'hui la peser, la juger et l'admettre, ou la rejeter. On ne la pratique plus en France, et on y a très rarement recours à l'étranger.

Or, en songeant aux résultats de l'opération césarienne, pratiquée à Paris par des hommes qui tiennent, à tous égards, le premier rang dans la science, et en comparant cette opération à l'extirpation des kystes de l'ovaire, il est permis je pense de rejeter, à Paris du moins, cette dernière opération. Mais l'opération césarienne donne assez souvent des succès aux chirurgiens de province, et cette considération a une grande importance. Si jamais on se décidait à revenir à une extirpation de kyste ovarique, je n'hésite pas à dire que ce n'est pas à Paris qu'elle devrait être tentée.

Pour s'y décider, il faut aussi un concours de circonstances morales et physiques difficiles à rencontrer, et bien définies par M. Huguier.

La tumeur ne doit pas être trop volumineuse ni adhérente ; elle doit surtout rentrer dans la catégorie des tumeurs inaccessibles aux autres moyens chirurgicaux. Quelle est la malade qui se soumettra à une opération aussi grave, alors que la tumeur ovarique détermine à peine un peu de gêne, et quel est le chirurgien qui osera proposer un moyen de guérison si hardi et si dangereux ? Je ne sais si cette opération sera un jour pratiquée en France; je me surprends à l'espérer. Mais il faudrait tout au moins, pour assumer une telle responsabilité, que la malade, vouée à une mort certaine, éclairée sur sa position, et sur les dangers d'une grave opération, demandât au chirurgien sa dernière chance de salut.

Depuis longtemps, dans notre pays, l'extirpation des tumeurs enkystées de l'ovaire est seulement décrite dans les traités de médecine

opératoire. Aussi, pour terminer ce chapitre, vais-je en quelques mots rappeler les divers procédés qui ont été proposés.

Mac-Dowell faisait une incision sur la ligne médiane de la paroi abdominale antérieure, qui, commençant à quelques travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, s'arrêtait à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Les diverses couches de la paroi abdominale sont incisées jusqu'au péritoine. Arrivé à cette membrane, le chirurgien la soulève à l'aide d'une pince, l'incise en dédolant, puis introduit par cette ouverture une sonde cannelée, puis un doigt, de façon à couper le péritoine sans intéresser les intestins. Le kyste est vidé, attiré à l'extérieur, enlevé en totalité. Une ligature étrangle son point d'insertion sur l'ovaire (si on le trouve); suture enchevillée pour réunir la paroi abdominale, et fil laissé à l'angle intérieur de la plaie. — Si des adhérences s'opposent à l'extirpation du kyste, on se borne à l'inciser (A. Smith), à le fixer aux lèvres de la plaie et à le faire suppurer.

Monteggia, pour éviter les grandes incisions du ventre, conseille de ponctionner la tumeur, de la vider, puis d'élargir l'ouverture du trocart. A l'aide d'une pince on attire alors le sac à l'extérieur et on l'extirpe ainsi sans produire de grands délabrements aux parois du ventre. C'est presque une opération sous-cutanée.

Le procédé de Theden est fort ingénieux, mais il ne peut être applicable qu'à un très petit nombre de kystes. Il faut que la tumeur soit libre d'adhérences, même avec le péritoine, et qu'on puisse facilement l'énucléer. Théden fait, dans la région inguinale, une incision courbe qui, partant du milieu du ligament de Poupart, un peu en dehors de l'artère épigastrique, remonte vers l'épigastre, en passant à 4 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. On incise les téguments jusqu'au péritoine, puis on décolle cette membrane, comme pour la ligature de l'artère iliaque primitive, et l'on va à la recherche de l'ovaire et du kyste. On décolle cette poche, on la détache sans ouvrir la séreuse abdominale.

Je n'insisterai pas davantage sur cette opération, décrite dans tous les livres classiques de médecine opératoire.

C. — J'arrive enfin à la partie la plus intéressante du traitement des kystes de l'ovaire. On se propose, dans cette méthode, *de modifier*

paroi interne du kyste, de changer ses conditions physiologiques, d'en tarir la sécrétion et de déterminer l'occlusion de la poche sans exposer à l'inflammation suppurative. L'honneur de réaliser cet immense progrès était réservé à M. Velpeau (1).

J'emprunte à M. Velpeau quelques pages de son remarquable discours à l'Académie (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 196).

« Cette méthode n'est pas nouvelle; elle a suivi les phases diverses de l'opération de l'hydrocèle. Dès le siècle dernier et au commencement de celui-ci, des chirurgiens anglais et français, Brenner, Bossu, en particulier, ont injecté du vin chaud dans les kystes de l'abdomen et même dans le péritoine. Il y a une trentaine d'années, L'Homme, Gobert, Lafaye, M. Jobert, ont injecté de l'alcool dans les tumeurs ovariennes. D'où vient donc que de nos jours l'opération a produit une si vive émotion? C'est que le résultat de ces tentatives avait été généralement mauvais, qu'il y avait eu beaucoup de morts. On faisait ce raisonnement fort juste : si les injections de vin chaud, poussées dans la tunique vaginale, déterminent une inflammation vive et très douloureuse du sac, et s'il suffit de quelques gouttes de ce liquide infiltré dans le scrotum pour déterminer alors la gangrène et les phénomènes généraux les plus graves, à plus forte raison devra-t-il en être ainsi des mêmes injections pratiquées dans un kyste de l'ovaire. Laisser une partie du liquide irritant dans la poche, c'était courir les risques d'une vaste inflammation, et s'il en tombait quelques gouttes dans le péritoine, une péritonite mortelle était à craindre. Tout cela était effrayant en effet; les chirurgiens renoncèrent donc aux injections irritantes dans les tumeurs abdominales, ou du moins ils les réservèrent pour des cas exceptionnels.

» L'état de la question a bien changé depuis que, par des faits sans nombre, il a été démontré que l'injection iodée, dans les cas d'hydrocèle, déterminait, dans la tunique vaginale, une inflammation peu douloureuse, d'une intensité modérée; qu'on peut impunément y abandonner une partie du liquide injecté, et que c'est même là une bonne manière de procéder; que, dût-il s'en échapper quelques gouttes dans

(1) *Recherches sur les cavités closes de l'économie animale*, dans *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, 1843, p. 415 et 417.

le tissu cellulaire du scrotum, il ne produirait pas de bien grands ravages. J'ai vu encore un autre fait, c'est que l'iode ne produit d'inflammation que là où il touche les tissus. Ainsi l'on n'osait pas injecter du vin chaud dans les hydrocèles congénitales; on redoutait, à bon droit, une inflammation expansive capable d'atteindre le péritoine par contiguïté. Or, cette inflammation est si peu à craindre quand on se sert de l'eau iodée, qu'en l'injectant dans le sac d'une hydrocèle en communication avec l'abdomen, il est à peine nécessaire d'établir momentanément la séparation des deux cavités par la pression avec le doigt au niveau de l'anneau inguinal. Ayant reconnu ces propriétés de l'iode, j'ai appliqué la même méthode et avec le même succès aux kystes du cordon spermatique, aux anciens sacs herniaires, à la cure radicale des hernies, aux kystes de l'aine, de la cuisse, de l'aisselle, du sein, de la thyroïde, de la bouche; je m'en suis servi encore contre les hydarthroses rebelles, et principalement contre celles du genou, de la plus vaste articulation du corps; les mêmes essais étaient faits à cette époque par M. Bonnet (de Lyon) et l'ont été depuis par une foule d'autres chirurgiens.

» L'Académie se souvient qu'il y a dix ans, en 1845, quand je portai devant elle ces faits (dont j'avais déjà donné connaissance à l'Institut en 1842, et dont les premiers remontent à 1835), la méthode des injections iodées n'était pas encore entrée dans la pratique de tout le monde. Soutenu par Auguste Bérard et M. Jobert, j'eus pour adversaires Blandin, Gerdy, Roux... (Il y a danger à se déclarer l'adversaire des injections iodées, car aujourd'hui Blandin, Roux, Gerdy ont disparu, les partisans de la méthode sont seuls restés parmi nous!)

» A cette époque, en 1845, je ne bornais déjà plus depuis longtemps à l'hydrocèle l'emploi des injections iodées, mais, l'érigeant en règle générale, en une sorte de loi, j'établissais:

» 1° Que la douleur et la réaction générale sont encore moindres dans les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite, ce qui s'explique par l'absence, dans le premier cas, et la présence, dans le second, d'un organe aussi sensible que le testicule.

» 2° Que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est *un peu moins* prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres régions.

» 3° Que partout où quelque plan osseux ou ostéo-fibreux forme une des parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, manque même quelquefois tout à fait. C'est ainsi que le succès des injections iodées n'a pas été constant quand je les ai pratiquées sur l'olécrâne ou sur le devant de la rotule.

» 4° Que si le kyste contient de la matière gélatineuse, ou grumeleuse, ou granulée, ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins sûr, moins constant que s'il s'agit de kystes franchement liquides, soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents.

» 5° Que, selon toute apparence, le liquide iodé ne fait naître d'inflammation que sur les points de la surface séreuse qu'il touche, et que l'inflammation provoquée par son contact est d'une nature tellement fixe qu'elle tend très peu à s'étaler.

» 6° Que, sans plaie extérieure, elle devient rarement purulente.

» Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je n'ai pu m'empêcher de mettre en regard des injections iodées toute la grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales, de l'économie. Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des injections irritantes en général ; non plus du traitement de l'hydrocèle, qui ne laissait du reste que très peu à désirer déjà, mais bien du traitement local de presque *toutes les hydropisies;* non plus des épanchements séreux proprement dits, mais aussi des collections sanguinolentes de toute sorte, et même de certaines collections purulentes, d'une vaste question de thérapeutique par conséquent (1).

» L'application de cette méthode aux kystes de l'ovaire se trouve déjà indiquée dans ma *Médecine opératoire* (t. IV, p. 7 et 13), ouvrage qui est de 1839. A l'article Paracentèse, je disais : « Ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux me porte à penser » qu'elles offriraient encore plus de chances de succès que le vin dans » l'ascite ou les kystes de l'abdomen. »

» Et, en effet, de nombreuses applications de cette méthode aux kystes de l'ovaire ont été faites déjà. M. Robert paraît le premier l'avoir tentée en France; d'autres l'ont mise en usage en Angleterre, en Alle-

(1) *Des injections médicales dans les cavités closes*, etc., 1846, p. 118.

magne; M. Boinet a pratiqué un grand nombre d'injections iodées, en même temps que je m'en occupais aussi, quoique avec moins d'ardeur que notre confrère, et il s'est efforcé de répandre ma méthode au point de la rendre presque sienne. MM. Jobert, Monod, Demarquay, Huguier, Gimelle, Abeille, Fock, Briquet, Nélaton, ont également apporté leur contingent de faits; le tout, en y ajoutant les miens, forme aujourd'hui un ensemble de plus de 130 cas. Il faut sans doute rabattre un peu de ce chiffre; car plusieurs faits semblent faire double emploi dans la statistique de M. Briquet par exemple (12 cas), et dans celle de M. Boinet. »

Le discours de M. Velpeau, que je devrais copier tout entier, résume tout ce qui a été dit, toutes les statistiques qui ont été fournies sur les injections iodiques. Mais je ne dois pas passer sous silence les improvisations si remarquables de MM. Cazeaux, Robert, Huguier, Jobert, Gimelle, et le livre de M. Boinet. En deux lignes, M. Malgaigne a résumé le débat (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 306) : « Après tous les faits, toutes les statistiques cités par les orateurs, les praticiens sont suffisamment autorisés à pratiquer des injections iodées. »

Tous ces discours ont envisagé la question à tous les points de vue, et je vais essayer de résumer la discussion aussi brièvement, aussi nettement que possible, sans rien omettre de ce qui a rapport aux injections iodées.

Je ne reviendrai pas sur les statistiques fournies par les membres de l'Académie que j'ai cités plus haut et par MM. Monod et Demarquay; tous les chiffres sont consignés dans la discussion académique, et M. Velpeau a rendu ma tâche bien facile :

130 malades opérées : 30 morts; 64 guérisons ; 36 récidives ou améliorations.

Il faut retrancher au moins 20 opérations dans lesquelles on a eu recours à la canule à demeure. Il resterait donc 10 morts à opposer aux 64 guérisons, et même, sur ces 10 morts, l'opération a été plusieurs fois tentée dans les cas les plus défavorables. Or, en jugeant sur ces chiffres, *la ponction suivie d'injection iodée* ne paraît pas plus dangereuse que *la ponction simple*, *la ponction palliative, pour les kystes simples de l'ovaire.*

Examinons simultanément la ponction suivie d'injection iodée, la

manière de la pratiquer, les précautions qu'elle réclame et les cas dans lesquels elle doit être employée.

Sur le premier point, je trouve encore dans la discussion à l'Académie, et surtout dans le discours de M. Velpeau (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 267), tous les éléments de mon travail.

En parlant de la ponction palliative, j'ai traité de la ponction par le vagin et par la paroi abdominale. Je n'y reviendrai pas. Il n'y a pas ici, à proprement parler, comme pour l'ascite, *de lieu d'élection absolu*, la situation du kyste étant variable. Il y a donc seulement un lieu de *nécessité*, et ce lieu c'est le point à la fois le plus *fluctuant* et le plus *déclive*. Si le kyste est mobile dans la cavité abdominale, comme on peut choisir l'endroit où l'on va enfoncer le trocart, il vaut mieux, ainsi que l'indique M. Boinet, faire la ponction du côté de l'ovaire malade.

Une fois la ponction pratiquée et le kyste vidé, faut-il tout de suite procéder à l'injection iodée? Si le kyste a un petit volume, s'il ne dépasse pas la grosseur du poing ou d'une tête de fœtus ordinaire, on doit tout de suite avoir recours à cette injection. Mais si la tumeur a un volume plus considérable, si elle renferme 10, 15, 20 litres de liquide, et même davantage, la plupart des chirurgiens recommandent de retarder l'injection. On fait une première ponction, on vide la poche, puis on laisse le liquide se reproduire. Quand la tumeur a repris à peu près la moitié de son volume, on pratique une nouvelle ponction, et même, si le kyste était très considérable, on peut attendre encore et pratiquer une troisième ponction avant d'en venir à l'injection iodée. M. Velpeau n'insiste pas sur cette pratique, mais il ne la blâme pas non plus. Ces ponctions successives avaient déjà été recommandées par Bertrandi, pour les hydrocèles volumineuses, mais il y a longtemps que M. Velpeau les a rejetées pour ces tumeurs. Faudra-t-il les rejeter aussi pour les tumeurs enkystées de l'ovaire? Je le crois, et je pense qu'il serait préférable d'avoir recours tout de suite à une injection de liquide iodé.

Ces ponctions peuvent avoir un avantage pour *certains* kystes de l'ovaire. Quand ces tumeurs fournissent à une première ponction de la sérosité mêlée de sang ou un liquide onctueux, légèrement filant, il est assez ordinaire, aux ponctions suivantes, de trouver de la sérosité plus ou moins pure. Or, le kyste se trouve alors dans des conditions bien plus favorables à sa guérison.

Si l'on tombe sur un kyste multiloculaire et que les poches soient bien distinctes, il faut tâcher, en enfonçant le trocart dans différents sens, de pénétrer dans plusieurs poches successivement, de détruire les cloisons qui les séparent et de les vider tour à tour. On peut alors injecter tout de suite de la teinture d'iode dans une ou plusieurs de ces poches. Peut-être l'inflammation se propagera dans les loges voisines et déterminera une modification de leurs parois et la disparition de la tumeur. En tout cas, on aura déjà retardé l'évolution du kyste et l'on pourra ultérieurement agir sur les autres loges comme on aura fait pour les premières.

J'ai vu, à l'hôpital de la Charité, une malade qui portait une hydrocèle multiloculaire et dont le nombre des loges était assez considérable. M. Velpeau injecta de la teinture d'iode dans plusieurs de ces poches; la tumeur s'enflamma et disparut complétement. Ne peut-on pas, *par analogie*, admettre la possibilité d'un semblable résultat pour les tumeurs enkystées de l'ovaire? En agissant avec précaution, il n'y a rien à craindre. Avant de pousser l'injection, le liquide renfermé dans la poche s'échappe par la canule, et l'on peut alors terminer l'opération sans redouter le passage de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale.

Si le kyste est multiloculaire, et si une ou deux loges ont un développement plus considérable que les poches voisines, c'est une raison de plus pour remplacer par de la teinture iodée une partie du liquide qui s'est écoulé.

S'il existe deux kystes ovariques ou deux poches voisines également volumineuses, on peut, par deux ponctions successives, les vider et les injecter isolément et l'une après l'autre, ou bien en opérer une d'abord et l'autre quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Jusqu'à présent nous avons étudié les kystes contenant du sérum pur ou du sérum mêlé de sang liquide, ou un liquide légèrement onctueux mais sortant facilement par la canule. C'est la nature du contenu de la plus grande partie des kystes de l'ovaire.

Si le kyste renferme du pus, on peut, ainsi que je l'ai dit plus haut, songer à l'établissement d'une canule à demeure ou d'un tube-séton; mais je crois que, même dans ce cas, il vaut mieux avoir recours à la ponction suivie d'une injection iodée. Les injections successives, sui-

vies d'injections iodiques, dans les abcès par congestion, nous ont montré que le pus diminuait en quantité, qu'il ne s'altérait pas et que les parois du foyer se modifiaient et arrivaient à se réunir. Cependant, si la tumeur purulente se vidait dans un organe voisin, il serait préférable d'avoir recours au traitement par la canule à demeure.

Les kystes à liquide épais, filant, comme gélatineux, ne doivent pas être tout d'abord soumis aux injections iodées. Il faut, ainsi qu'il a été dit plus haut, tâcher, par des ponctions successives, de modifier la nature du liquide renfermé dans la tumeur.

Quand la tumeur enkystée de l'ovaire est formée par un tissu aréolaire ou vésiculaire, ou quand elle repose sur une ou plusieurs masses cancéreuses, l'injection iodée serait une opération inutile, et il vaut mieux alors y renoncer. Mais si l'on parvient à constater qu'il existe seulement des corps fibreux, l'injection iodée n'est pas formellement contre-indiquée, et elle peut être mise en usage, sinon pour guérir toute la tumeur, du moins pour diminuer son volume et rendre aux malades la vie plus supportable.

L'épaississement des parois du sac ne doit pas faire rejeter l'injection ; mais, surtout dans ces circonstances, il serait bon, je crois, d'avoir recours préalablement à deux ou trois ponctions pour permettre à la tumeur de revenir sur elle-même. Dans les cas où la poche serait remplie d'un liquide ayant la consistance du chocolat au lait; dans les cas où l'épaississement de ses parois aurait pour origine des caillots fibrineux, des dépôts de fausses membranes; dans ces cas, dis-je, comme pour les hématocèles anciennes, il n'y a pas à songer à une injection iodique, et ces tumeurs doivent être traitées comme les kystes fœtaux ou pileux, par l'incision. Mais pour arriver à une semblable opération, il faut qu'elle soit rendue nécessaire, urgente, par des accidents graves survenus dans la tumeur ou dans le voisinage.

Je ne traite, en ce moment, que des injections iodées; mais, avant d'aller plus loin, je dois appeler l'attention sur une méthode thérapeutique dont il sera question bientôt, et que l'on a, suivant moi, trop négligée : je veux parler de l'*électro-puncture*.

Après avoir parcouru rapidement les diverses variétés de kystes de l'ovaire et les indications particulières qu'elles présentent au point de vue de l'injection iodée, revenons à cette opération en elle-même.

Le kyste, une fois vidé, on pourrait avoir recours à un lavage avec de l'eau tiède avant d'en venir à l'injection iodique. La teinture d'iode pure serait, sans doute, employée sans de grands dangers; mais beaucoup de chirurgiens préfèrent se servir du mélange dont les proportions ont déjà été indiquées.

La quantité qu'il faut pousser dans le kyste est variable suivant la capacité de la tumeur; M. Boinet n'injecte jamais plus de 100 à 150 grammes de solution iodée. Si la poche n'est pas complétement vidée, on injecte de la teinture d'iode un peu moins diluée, on abandonne dans la poche le liquide injecté pendant huit à douze minutes, puis on le laisse échapper par la canule. Il faut prendre garde de ne pas exercer de pressions trop fortes pour bien vider la poche; il vaut mieux laisser dans le sac une partie de la solution iodique. Quand bien même toute la quantité de liquide injecté serait abandonnée dans le kyste, il n'en résulterait, le plus fréquemment, aucun accident pour la malade.

Voici, du reste, en quelques mots, un fait qui porte avec lui plusieurs indications précieuses pour le médecin :

Au mois de septembre 1858, est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où je remplaçais M. Denonvilliers, une jeune fille de vingt-cinq ans, grande, assez forte, bien constituée. Cette fille a eu un enfant. Depuis dix-huit mois à deux ans, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, que ce développement devenait de plus en plus considérable ; et quand elle est entrée dans mon service, voici l'état dans lequel elle se trouvait :

Le ventre est gonflé, surtout à gauche, il est bombé, saillant. La peau est saine et présente peu de vergetures; par le palper à travers la paroi abdominale, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, arrondie, molle, fluctuante, un peu mobile. Cette tumeur est sentie par le vagin, et quand on l'explore en même temps par la paroi abdominale et par le vagin, on constate qu'elle est fluctuante d'un côté à l'autre. La fluctuation est nettement perçue dans tous les sens et dans toute l'étendue de la tumeur; on sent aussi fort bien le *flot du liquide :* si, en effet, on place une main sur un des côtés de la tumeur, et qu'on applique une petite chiquenaude de l'autre côté, on sent très bien les ondulations du liquide, mis en mouvement par cette secousse. La percussion donne un son mat sur toute la tumeur, et permet de la limiter exactement. Rien à l'auscultation ; les envies d'uriner sont fréquentes quand la malade est debout. Il ne sort, par la sonde introduite dans la vessie, que quelques gouttes d'urine. Le col de l'utérus est légèrement dévié de droite à gauche. Le museau de tanche est un peu tourné vers la symphyse sacro-iliaque gauche. La tumeur paraît tendue et les parois sont peu épaisses. (*Diagnostic : Kyste séreux de l'ovaire gauche, uniloculaire.*)

Une ponction est pratiquée le 30 septembre. Il sort environ trois litres de liquide séreux. La ponction a été faite sur le côté gauche, la malade étant légèrement inclinée de ce côté. Injection de 150 à 200 grammes de teinture d'iode pure, additionnée de 2 grammes d'iodure de potassium. La malade souffre peu. Au bout de six à huit minutes, je cherche à faire sortir le

liquide injecté, il coule par la canule encore une petite quantité de liquide citrin, parfaitement limpide, mais pas de teinture iodique. Je n'obtiens pas d'autre résultat, même en faisant pencher la malade du côté gauche et en pressant doucement le kyste. J'injecte alors par la canule 200 grammes d'eau. La malade est reportée à son lit; elle est couchée sur le dos, et un coussin est placé sous le siége, pour empêcher le liquide injecté de stagner en un seul point, à la partie la plus déclive de la poche.

Le soir, fièvre intense, douleur vive dans la cavité abdominale : vingt sangsues ; cataplasmes.

Le lendemain, les accidents ont disparu, pour ne plus reparaître. La malade reste couchée, sans se lever, jusqu'au 1er octobre, et une serviette bien appliquée comprime le ventre.

Sortie le 15 octobre. A cette date, la tumeur a disparu, et on sent dans la fosse iliaque gauche une petite boule, grosse comme une orange à peu près, assez dure, un peu mobile ; santé générale très bonne ; on recommande à la malade de porter une ceinture.

La malade est revue à la fin de novembre, et à la fin du mois de janvier 1859, la tumeur a disparu, et il reste toujours, et dans le même état, la petite boule dont il vient d'être question.

Ce kyste est-il définitivement guéri? Je l'espère. En tout cas, voilà plus de quatre mois que l'opération a été pratiquée, et le liquide ne s'est pas reformé. Je sais bien qu'on a vu des récidives après un temps plus long, mais ces récidives mêmes sont rares dans ces circonstances.

Ce fait est curieux à cause de la nature du liquide injecté et surtout de l'impossibilité où je me suis trouvé de faire sortir la plus petite quantité de teinture d'iode. Pendant vingt-quatre heures, je n'étais pas rassuré sur les dangers de cette injection; mais, ainsi qu'on vient de le voir, les suites de l'opération ont été des plus simples.

« On s'est beaucoup préoccupé de la possibilité de voir la canule abandonner le kyste et le liquide se répandre dans la cavité abdominale. Mais d'abord le liquide du kyste ne peut couler que par la canule tant que celle-ci plonge dans la cavité de la tumeur, la teinture d'iode ne pourrait s'en échapper et se répandre dans le péritoine qu'au moment où la tumeur revenue sur elle-même abandonne les parois abdominales. Sans doute, il faut se mettre en garde contre cet accident, mais s'il survenait, il n'en résulterait pas, j'ose l'affirmer, les horribles dangers que l'on imagine; car, en premier lieu, on ne pourrait pas injecter dans l'abdomen une quantité un peu notable de liquide iodé sans que malade et médecin s'en aperçussent; d'ailleurs, la quantité totale de teinture iodée que l'on introduit dans la tumeur n'est pas considérable. Il ne s'agit pas en effet de substituer au fluide primitivement contenu dans la poche une quantité équivalente de solution

iodurée; 100 à 200 grammes suffisent pour que tous les points de la cavité anormale soient mis en contact avec l'agent irritant.

» Mais une fois la canule retirée, la teinture d'iode pourra, dit-on, s'échapper de la perforation faite au kyste et s'écouler alors dans le ventre. Cette crainte me paraît à peu près chimérique. Pourquoi les 10, 20 ou même 30 grammes de solution iodée qui restent, au lieu de se loger tout à leur aise dans la cavité spacieuse du kyste, iraient-ils chercher le trou fait par le trocart et se répandre au dehors? Quand on opère l'hydrocèle, si, après l'extraction de la majeure partie du liquide injecté, quelques gouttes demeurent au fond de la tunique vaginale, on ne les en voit pas sortir pour s'échapper dans le tissu cellulaire.

» Au surplus, quand même une partie du liquide injecté abandonnerait le kyste et coulerait dans le péritoine (dussé-je m'exposer aux hérésies, moi qui reproche aux autres d'en avoir commis), j'estime que cela ne donnerait pas lieu à des accidents bien sérieux. J'ai employé la teinture d'iode pour la guérison des hernies; je l'ai injectée dans des sacs herniaires qui s'étendaient dans le canal inguinal et jusque dans la fosse iliaque; quelquefois les injections sont allées plus loin que je n'aurais voulu; eh bien! il n'y a jamais eu de péritonite grave. Tel est l'effet de l'eau iodée qu'elle n'enflamme que ce qu'elle touche; la phlegmasie qu'elle provoque n'est que peu disposée à suppurer; elle ne donne pas lieu enfin à ces péritonites envahissantes que produisent tant d'autres agents d'irritation (1). »

L'opération terminée, il faut avoir soin de comprimer le ventre avec des serviettes, un bandage de corps, etc., et de recommander aux malades le repos, l'immobilité, le décubitus dorsal, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures au moins. Monro, ainsi que d'autres l'ont fait depuis, avait imaginé, pour établir cette compression, une ceinture spéciale que je regarde comme tout à fait inutile.

Pendant une semaine au moins, il faut insister sur le repos au lit, même quand il n'y a aucun accident; et pendant un, deux ou trois septénaires encore éviter toute fatigue, les courses à pied et toute sorte d'imprudences. On peut aussi alors avoir recours à divers moyens

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 271.

palliatifs qui ont déjà été passés en revue. C'est quand la malade se lève et qu'elle marche, surtout quand le kyste avait un grand volume, qu'il est essentiel de recommander de tenir le ventre modérément serré et que l'on peut conseiller l'usage d'une ceinture élastique bien faite et bien appliquée.

Il peut arriver, dans certains cas, quand le kyste est bien vidé et que l'on procède à l'injection iodée, que la malade, au moment où les premières gouttes de liquide sont poussées dans la canule, accuse une douleur vive, subite, intolérable. On doit s'arrêter tout de suite, retirer la canule et remettre l'opération à un autre jour. Ce symptôme indique que la canule a quitté le sac, est libre dans le péritoine et que l'injection a pénétré dans la séreuse abdominale.

Je dois à mon excellent ami, M. le docteur Binet, l'observation fort intéressante d'une malade qui a éprouvé ces accidents. Cette observation nous conduira à examiner ce qui se passe après une injection iodée bien faite, comment le liquide se reproduit, etc.

Voici cette observation :

Kyste de l'ovaire. Quatre ponctions. Injections iodées. — Le 22 novembre 1855, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Élisabeth, n° 34 (service de M. Pidoux), la nommée Risson (Adélaïde), couturière, âgée de trente-six ans, née à Paris, demeurant chaussée Clignancourt, 6.

Cette femme, grande, bien constituée, à la peau brune, aux cheveux noirs et abondants, a toujours joui d'une excellente santé. Réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au mois de janvier 1853, époque à laquelle elle devint enceinte pour la première fois. La grossesse fut heureuse, l'accouchement normal, et la femme mit au monde un enfant vigoureux ; les suites de couches ne présentèrent rien de particulier et six semaines après la délivrance les menstrues reparurent et continuèrent dès lors à se montrer avec leur périodicité habituelle.

Au commencement du mois d'août 1855, notre malade remarqua une légère tuméfaction siégeant à l'hypogastre et dans la région iliaque droite. Peu après, elle éprouva quelques douleurs peu vives dans ces régions, douleurs s'irradiant vers la région crurale antérieure droite. Le membre inférieur présenta même pendant quelques jours un peu d'augmentation de volume, jointe à une sensation de pesanteur et d'engourdissement.

Quelques jours de repos firent disparaître le symptôme douleur et le gonflement de la cuisse ; mais la malade continua à percevoir par le palper une tumeur de la région iliaque droite. On remarqua de plus que les menstrues, quoique régulières, diminuaient d'abondance et s'accompagnaient de coliques abdominales.

Le ventre continua à se développer. Les fonctions digestives s'altérèrent, et cette femme se décida à entrer à l'hôpital le 22 novembre 1855, époque à laquelle je n'étais pas encore dans le service de M. le docteur Pidoux. Dans le courant du mois de décembre 1855, une première

ponction fut pratiquée et donna issue à douze litres environ d'un liquide clair, fluide, citrin. Le kyste fut complétement vidé. La malade éprouva pendant quelques jours une amélioration notable dans son état général, mais bientôt le liquide se reproduisit et une nouvelle ponction fut jugée nécessaire le 4 mars 1856.

Voici quel était à cette époque l'état de la malade :

Face amaigrie, yeux excavés, coloration grisâtre de la peau; émaciation de toute la partie sus-diaphragmatique du corps, contrastant avec le développement énorme de l'abdomen et l'infiltration des membres inférieurs. Parfois cyanose de la face. Refroidissement des extrémités inférieures et supérieures, cyanose des mains, des pieds et des jambes, qui prennent souvent une coloration lie de vin. Respiration costale supérieure.

Par le palper et par la vue on constate que l'abdomen est irrégulièrement développé, plus saillant à droite qu'à gauche; la ligne brune pubio-ombilicale ne répond plus à la ligne médiane du corps et se trouve déviée vers le flanc droit.

Par le palper on reconnaît que la tumeur n'est pas régulière et qu'elle est composée de deux parties, l'une droite plus volumineuse, s'élevant jusqu'au rebord des côtes, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, occupant la région iliaque, le flanc, l'hypogastre, dépassant la ligne médiane; l'autre gauche, de moindre volume, saillante vers la fosse iliaque gauche et comme accolée à la précédente. Ni l'une ni l'autre de ces tumeurs ne semble mobile et ne peut se déplacer, soit avec la main, soit par les différentes positions imposées à la malade. Fluctuation dans les deux tumeurs. La percussion donne un son mat dans les limites assignées aux tumeurs. Sonorité à l'épigastre et dans le flanc gauche. Le foie est refoulé jusqu'au niveau de la quatrième côte. Sonorité normale du thorax. Un peu d'exagération du son au sommet droit. Quelques bulles de râle sous-crépitant à la base des deux côtés. Respiration exagérée en arrière et en avant. Palpitations fréquentes. Bruits du cœur normaux, sauf un léger prolongement du premier temps, parfois souffle au même temps. Pas de bruits artériels ou veineux. Pouls régulier, dépressible, 80 pulsations. Anorexie presque complète. Jamais de vomissements. Constipation opiniâtre suivie de débâcle.

Comme la première fois, la ponction fut pratiquée avec un trocart de petit diamètre sur le milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite à l'ombilic. On retira lentement, et en suspendant à plusieurs reprises l'opération, douze litres environ d'un liquide citrin, clair, un peu filant, précipitant en masse par la chaleur et les acides. Le kyste droit vidé, on put aisément vérifier l'existence et les dimensions de la petite tumeur. Celle-ci, du volume d'une tête de fœtus de cinq mois, s'était abaissée près de l'hypogastre. Une injection iodée (solution de 200 grammes environ) fut poussée par la canule et la moitié à peine put être retirée.

Le soir et les jours suivants, un peu de sensibilité au ventre. Pas de vomissement ni de céphalalgie. La présence de l'iode fut constatée dans les urines. Les fonctions digestives reprirent un peu de régularité; la malade put descendre de son lit, ce qu'elle n'avait fait depuis plusieurs mois; mais, le 22 mars déjà, le liquide s'était reformé en grande quantité, et le 15 avril le kyste avait repris ses anciennes dimensions. L'état général n'ayant pas éprouvé d'aggravation et la tumeur restant stationnaire, ce ne fut que le 4 juillet que l'on eut recours à une troisième ponction.

4 juillet. L'opération, pratiquée au même lieu que les précédentes, donna d'abord issue à 10 litres environ d'un liquide séro-purulent, mal lié, inodore; puis tout à coup la nature de l'écoulement changea et il sortit par la canule plus d'un litre d'un liquide séreux, citrin, albu-

mineux, filant, analogue à celui fourni par les premières ponctions; en même temps la tumeur gauche s'affaissa (1).

Une injection iodée, semblable en qualité et en quantité à la précédente, fut poussée et laissée presque entière dans la cavité de la tumeur.

Le soir, sensibilité légère de l'abdomen; pas de douleur épigastrique, quelques coliques sourdes, pas de vomissement, un peu de céphalalgie et de refroidissement des extrémités. Pouls à 80, comme d'habitude; un peu d'anxiété. On prescrit une pilule de 25 milligrammes d'extrait gommeux d'opium, de deux heures en deux heures. Le lendemain, 5 juillet, le ventre est à peine douloureux. Iode dans les urines. Aucun accident ne se manifesta, et le 10 du même mois, l'appétit avait reparu comme aux meilleurs jours, et la malade demandait trois portions. L'infiltration des jambes avait disparu ainsi que la teinte cyanique des extrémités.

La malade reprit rapidement son embonpoint et ses forces. La tumeur, qui avait repris un peu de volume, disparut presque complétement, et tout faisait espérer une guérison solide, lorsque, le 1er septembre, au moment où la malade allait être autorisée à nous quitter, elle éprouva de nouveau une douleur assez vive dans la région iliaque droite. La tumeur se développa et acquit le volume d'une tête d'enfant de six mois. Le 10 septembre, on put y constater une fluctuation sourde et profonde et, le 12, on décida une quatrième ponction.

Elle fut pratiquée à quatre heures de l'après-midi. Le trocart fut poussé au même endroit que ci-dessus; mais pour en faire pénétrer la pointe à travers les parois du kyste, il fallut employer une force assez considérable et engager profondément la canule. On retira deux litres environ d'un pus crémeux, inodore, mêlé à la fin de quelques stries de sang. La malade, qui appréhendait l'opération et ne s'y était soumise qu'à contre-cœur, fut effrayée en apercevant la coloration du liquide et désira que l'on s'en tînt là. Mais comme aucune sensation particulière, perçue par la main qui maintenait la canule, n'avait pu faire craindre que les parois du kyste se fussent retirées et eussent abandonné la canule, je me disposais à pousser une injection iodée comme je l'avais fait deux fois déjà. Mais à peine eut-on appuyé sur le piston de la seringue, et dix à quinze gouttes d'injection eurent-elles franchi l'orifice interne de la canule, que la malade poussa un cri violent et se plaignit d'une douleur atroce à la région épigastrique. L'injection fut immédiatement suspendue et la plaie soigneusement recouverte de plusieurs couches de diachylon. Peu après, nausées, sans vomissements et irradiation de la douleur épigastrique vers l'épaule droite. Face anxieuse, respiration entrecoupée, gémissements incessants. Pouls petit, serré, à peine perceptible, à 120. Refroidissement des extrémités et de la langue.

On prescrit 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; un cataplasme largement arrosé de laudanum et un quart de lavement avec 1 gramme du même narcotique.

Dans la nuit, les douleurs étant toujours excessivement vives, je fis donner de demi-heure en demi-heure une cuillerée d'une potion contenant 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Frictions mercurielles sur le ventre, lavement laudanisé.

Le lendemain 13, même état. Insomnie complète; quelques vomissements verdâtres dans la nuit ventre ballonné, météorisé, d'une sensibilité extrême, surtout à l'épigastre et dans le flanc droit. Douleur violente en arrière, au niveau de la dixième et de la onzième vertèbre dorsale. Pouls 120; mêmes caractères.

Frictions mercurielles sur le ventre, préalablement dépouillée de son épiderme, au moyen d'un large vésicatoire. Pilules de calomel et d'opium, une de deux en deux heures. Glace.

(1) La nature du liquide est importante à noter.

14. Face moins anxieuse; agitation moindre; pouls de même fréquence, mais plus développé. Abdomen toujours douloureux et météorisé. Vomissements verdâtres persistants. Transpiration abondante, pas de selles.

Potion de Rivière et glace. Frictions mercurielles; cataplasmes laudanisés.

16 septembre. Les vomissements diminuent de fréquence. La constipation continue.

Même traitement; lavement purgatif.

17. Plusieurs selles liquides à la suite du lavement. Les vomissements ont cessé; abdomen toujours sensible.

19 septembre. Le pouls se relève et diminue de fréquence. On note 85 pulsations, nombre qui diffère peu de celui qui est habituel à la malade. La nuit a été calme et le sommeil réparateur. Même traitement.

21. Un peu de diarrhée muqueuse et séreuse. Le ventre s'est affaissé; on sent à peine la tumeur.

On cesse tout traitement.

La convalescence s'est établie régulièrement et la malade est sortie dans un état très satisfaisant d'embonpoint et de force, le 4 octobre 1856. Au jour de sa sortie elle n'éprouvait plus aucune sensation douloureuse dans l'abdomen, et la tumeur ne présentait plus que les dimensions d'un volumineux poing d'adulte.

En résumé, cette observation est relative à une femme âgée de trente-six ans, d'une bonne santé ordinaire, et qui sans avoir jamais éprouvé aucun trouble du côté de l'utérus et de ses annexes, s'aperçut, dix-huit mois après un accouchement normal, de l'existence d'une tumeur située dans la région iliaque droite. Cette tumeur éveille quelque sympathie dans le membre inférieur du même côté, et se développe assez rapidement, pour que cinq mois environ après que l'on en eût constaté la présence, on se vît forcé, par l'altération de la santé, à recourir à une ponction (décembre 1855).

Au mois de mars 1856, nouvelle ponction suivie cette fois d'une injection iodée; la tumeur fut partiellement vidée; elle était en effet formée de deux parties inégales en volume, l'une droite, l'autre gauche plus petite. Celle de droite fut vidée et l'on en retira le liquide ordinaire des kystes de l'ovaire. La santé générale s'améliora, mais bientôt la tumeur reprenant son volume, on eut recours à une troisième ponction (juillet 1856). Cette fois, le liquide au lieu d'être clair, citrin et filant, fut trouvé séro-purulent pendant la plus grande partie de l'écoulement; mais vers la fin de l'opération, la tumeur gauche s'affaissa tout d'un coup et la canule donna issue à un liquide analogue à celui que l'on avait recueilli dans les précédentes ponctions. Comme la première fois, l'injection ne fut suivie d'aucun accident notable.

La malade reprit rapidement ses forces et son embonpoint, et pouvait passer pour guérie, lorsqu'elle éprouva de nouveau un peu de douleur dans la fosse iliaque. La tumeur reprit du volume. Une ponction fut jugée nécessaire pour achever la guérison (12 septembre) et, quoique pratiquée dans les mêmes conditions, au même lieu et avec le même instrument que les précédentes, provoqua des accidents graves et inquiétants, bien qu'au lieu de 200 grammes de solution de teinture d'iode, on eut à peine poussé dans le kyste dix gouttes de cette injection. Les symptômes de péritonite se développèrent avec une intensité remarquable. La malade résista néanmoins, et, le 4 octobre 1856, obtint son exeat. La santé était excellente. La tumeur qui, à son entrée à l'hôpital, occupait presque toute la cavité abdominale, était réduite au volume du poing.

Sans insister ici sur les nombreuses questions que soulèvent les kystes de l'ovaire et leur traitement, nous ferons seulement remarquer quelques-unes des particularités qui ressortent de la lecture de cette observation.

1° Le développement rapide de la tumeur et la cachexie profonde dans laquelle elle avait plongé une femme jeune encore et fortement constituée;

2° L'heureuse influence que les ponctions successives suivies d'injection iodée, ont paru exercer, soit sur la tumeur, soit sur l'état général de la malade ;

3° Un fait rare, je crois, est la transformation purulente du liquide, coïncidant avec une amélioration de l'état général.

4° Il n'est pas commun non plus de voir dans les kystes multiloculaires une seule ponction donner successivement issue à deux liquides de nature aussi différente que ceux que nous avons recueillis, et deux cavités kystiques se mettre en communication, simplement à la suite de pressions exercées modérément sur l'abdomen pour vider l'une d'entre elles.

5° Enfin, on peut se demander ce qui s'est passé lors de notre dernière ponction, et de quelle nature étaient les accidents que nous avons eus à constater.

La faible quantité de solution iodée qui a pénétré dans l'abdomen permet de repousser l'idée d'une intoxication iodique.

Avons-nous eu affaire ou à de simples manifestations nerveuses développées sous l'influence de la crainte et des appréhensions de la malade, ou avons-nous véritablement observé une péritonite suraiguë provoquée par un liquide irritant tombé dans la cavité péritonéale? Aucune sensation particulière n'a pu indiquer que les parois épaisses du kyste avaient abandonné la canule ; le trocart était de petit diamètre ; c'était celui que l'on emploie pour la thoracocentèse ; enfin, la ponction a été pratiquée au même point que les précédentes, qui n'avaient été suivies de rien de fâcheux. Le début brusque des accidents nous fait croire, malgré ces raisons, au développement d'une péritonite. Heureusement l'autopsie n'est pas venue confirmer notre diagnostic.

Je mentionnerai, en terminant, un fait semblable que j'ai observé dans le service chirurgical de Lariboisière ; mais dans ce cas, malgré les cris aigus de la malade, toute l'injection fut poussée à travers la canule, et le surlendemain nous eûmes la preuve anatomique que le kyste s'était retiré et que c'était la cavité péritonéale que l'on avait arrosée de teinture d'iode.

« Quand le kyste a été ponctionné, qu'une injection y a été poussée, le sac se remplit de nouveau par suite d'une exhalation que le liquide iodé détermine; puis l'exhalation s'arrête et une résorption active y succède. Ceci a lieu huit jours, quinze jours ou un mois seulement après l'opération. Quand le travail de résolution tarde à s'effectuer, faut-il pratiquer une nouvelle ponction? M. Boinet et d'autres l'ont fait, mais je ne suis pas convaincu de l'opportunité de cette opération nouvelle, ayant vu dans divers kystes, et dans l'hydrocèle en particulier, la résolution n'être pas commencée au bout d'un mois entier et n'en pas moins marcher ensuite régulièrement. Chez une de mes malades, qui se trouvait dans ce cas, je me proposais de pratiquer une seconde injection, mais des occupations, un voyage, etc., s'opposèrent à l'exécution de mon projet, et la malade se trouva complétement guérie vers la fin du troisième mois. Plus d'un fait de ce genre s'est offert à mon

observation, et j'en ai conclu qu'il valait mieux attendre la résolution, quand même elle serait tardive, que de céder trop tôt aux insistances des malades, qui s'ennuient et s'inquiètent de voir persister ainsi leur tumeur. M. Robert a cité l'exemple d'une malade opérée par moi en 1849 et qui, sortie de mes salles après un assez long séjour, avec une tumeur encore volumineuse de l'ovaire, guérit peu à peu au dehors; je pourrais produire deux autres cas semblables (1). »

Cependant un certain nombre de kystes de l'ovaire ne sont pas guéris après une première injection iodée, et quand, au bout de trois, quatre, cinq mois, le kyste s'est rempli entièrement de liquide, qu'il tend à prendre un nouvel accroissement, il faut avoir recours à une nouvelle ponction, suivie d'une nouvelle injection iodée. C'est ainsi que certaines tumeurs ont été ponctionnées et injectées deux, trois, quatre, cinq et même six fois.

Après une injection iodique, si le kyste revient sur lui-même et disparaît, il est permis d'espérer une guérison radicale et définitive. On a vu, mais très rarement, ces tumeurs reparaître après un temps fort long, cinq, dix mois et quelquefois davantage, à la suite d'une simple ponction palliative; ce fait se présentera bien plus rarement encore à la suite des injections iodées. En tout cas, il faut traiter alors cette nouvelle poche comme la première fois.

Si, dans certains cas, la tumeur ne disparaît pas complétement, elle diminue au moins de volume, elle reste stationnaire et, dans ces circonstances, il faut se garder de pratiquer une autre opération.

Il peut arriver que le liquide se reproduise très rapidement, trop rapidement, après une ponction simple ou suivie d'injection iodique. Ainsi on pratique dans un kyste ovarique une ponction suivie d'injection iodée ; un jour, deux jours, huit jours à peine après cette opération, le kyste s'est rempli et la poche est quelquefois si distendue qu'on peut en craindre la rupture. Il faut bien alors avoir recours à une nouvelle ponction. Or, M. Velpeau a vu des cas dans lesquels le liquide se reproduisait beaucoup plus vite si l'on injectait dans la poche un liquide irritant; d'autres cas, au contraire, et plus nombreux, dans lesquels l'injection iodée arrêtait la rapidité de reproduction du liquide

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 274.

du kyste. Voici, je pense, la conduite qu'il faut tenir lorsque ces accidents se présentent :

Si, après une simple ponction, le liquide s'est reproduit très rapidement, il faut, à la suite d'une nouvelle ponction, faire une injection iodée.

Si la première ponction a été suivie d'injection iodée, on peut encore avoir recours à une nouvelle injection iodée, mais en employant une solution iodique plus concentrée. Si, dans ces circonstances, le liquide se reproduit encore très promptement, on doit alors pratiquer une seule ponction et ne vider le kyste que très incomplétement. On pourra plus tard revenir de nouveau aux injections irritantes, mais il faut les abandonner pour un temps assez long.

C'est surtout dans ces cas qu'il faut insister sur la compression du ventre, bien faite, à l'aide d'une serviette ou d'une ceinture; sur le repos au lit, sur les purgatifs, l'iodure de potassium à l'intérieur, ou les ferrugineux, les toniques si la malade est affaiblie; sur les vésicatoires volants appliqués sur l'abdomen.

Les faits que je viens de signaler n'ont été indiqués dans aucun ouvrage, et cependant ils méritent de fixer l'attention des chirurgiens.

Maintenant se présente une question très importante. A quelle époque convient-il d'opérer les kystes de l'ovaire? à quelle époque convient-il de tenter la cure radicale de ces tumeurs par les injections iodées? Je vais essayer, en m'appuyant sur des faits précédemment établis, de résumer sous forme de propositions les divers points qui peuvent se présenter à l'observateur.

— 1° Il n'y a pas à se préoccuper des tumeurs petites qui, assez souvent, passent inaperçues. Nous n'avons ici en vue que les tumeurs ayant acquis au moins le volume du poing ou d'une tête de fœtus.

— 2° Plus la tumeur est petite, plus elle offre de chances de succès.

Mais le plus souvent le médecin n'est consulté que quand la tumeur est déjà assez considérable, ou bien les malades refusent de se soumettre à aucune opération avant que le kyste, par son volume, gêne la marche ou les fonctions des organes voisins. D'un autre côté, le médecin le plus souvent, en présence d'une tumeur petite encore, bien limitée, hésite à proposer une opération qui, dans certains cas, a été suivie des plus terribles accidents. Cette hésitation, dans la plupart des circonstances, est fâcheuse.

— 3° Il faut considérer alors l'âge de la malade, la marche de la tumeur.

— 4° De dix-huit à trente-cinq ou quarante ans, un kyste ovarique est fatalement mortel, et la mort arrive dans un temps très limité, cinq à huit ans environ.

— 5° Au moment de l'âge critique, et surtout après la ménopause, les kystes de l'ovaire se développent plus lentement, et les malades qui présentent de semblables tumeurs peuvent vivre longtemps sans en être beaucoup incommodées; dix, quinze, vingt ans et même davantage.

— 6° Dans le premier cas, par conséquent, si l'on s'aperçoit que la tumeur va en grossissant à partir du moment où l'on a constaté son existence, il vaut mieux proposer tout de suite l'opération et la pratiquer quand le kyste a un petit ou un moyen volume.

— 7° Dans le second, si la tumeur reste stationnaire, ou si elle grossit lentement, il faut attendre que, par son volume ou son poids, elle gêne les fonctions des organes voisins avant de proposer l'opération.

— 8° Et si la malade est déjà avancée en âge (cinquante à soixante et dix ans par exemple), on peut se borner à avoir recours à une ponction palliative.

— 9° Mais si la tumeur, même après la ménopause, augmente rapidement de volume, il faut songer à l'injection iodée, si l'âge et la constitution de la malade ne viennent pas s'y opposer.

— 10° On a conseillé les ponctions successives pour les kystes volumineux ou pour les kystes dont le contenu est filant, onctueux, hématique. Mais il arrive parfois que les malades qui ont subi une première ponction ne veulent plus se soumettre à une seconde ponction avant que la tumeur ait repris son volume primitif. Dans ces cas, on ne gagne rien à faire des ponctions successives; on s'expose, comme l'a dit M. Pidoux, à voir la malade s'affaiblir et à perdre un temps précieux; et si la malade ou les parents sont décidés à tenter la cure radicale par l'injection de teinture d'iode, il faut y avoir recours dès la seconde ponction, *au plus tard*, sans insister plus longtemps sur les ponctions successives.

Après les injections iodées, un mot sur une opération qui a été em-

ployée pour tenter la cure radicale des tumeurs enkystées de l'ovaire. Je veux parler de la *galvanopuncture.*

Cette opération était faite, sans doute, dans le but de modifier la face interne du kyste et d'obtenir l'occlusion de la poche.

M. Moreau a cité deux cas dans lesquels elle a été mise en usage par Récamier. Deux fois elle a été suivie de mort.

Cette opération est complétement abandonnée aujourd'hui et cependant je crois que l'on pourrait y revenir. Malgré les deux cas de mort, cités par M. Moreau, j'ai peine à croire que la simple introduction de deux aiguilles à acupuncture et le passage d'un courant électrique puissent constituer toujours une opération grave. Que s'est-il passé dans les faits de Récamier, et comment la mort est-elle survenue? — Je me propose, pour ma part, d'essayer ce moyen thérapeutique quand l'occasion me sera offerte. — Sans doute je préférerai, jusqu'à plus complètes recherches, l'injection iodée aux autres modes de traitement pour les kystes séreux et pour tous les cas où elle est applicable; mais lorsqu'il s'agit de kystes à contenu filant, gélatineux, on pourrait employer l'électro-puncture, soit en appliquant les conducteurs sur la peau, soit en faisant passer un courant dans la poche à l'aide de deux aiguilles très fines enfoncées dans la tumeur.

Enfin, il me reste à parler d'une opération que M. Cazeaux a indiquée mais qui n'a pas encore été pratiquée.

Certains kystes de l'ovaire sont susceptibles de se rompre, et chez quelques femmes, cet accident a pu amener la guérison de la tumeur; M. Cazeaux s'est demandé si l'on ne pourrait pas imiter la nature, *faire rompre les tumeurs enkystées* de l'ovaire dans la cavité péritonéale. Cette opération, indiquée par M. Cazeaux sous forme de simple hypothèse, ne sera probablement jamais pratiquée. M. Cazeaux ne l'a même pas rappelée dans ses remarquables discours prononcés dans la discussion académique.

CHAPITRE V. — Traitement des accidents.

Ce chapitre n'est que l'appendice du précédent et ne nous arrêtera pas longtemps. Il sert de complément au traitement des kystes de l'ovaire.

Les accidents que peuvent présenter ces tumeurs se montrent souvent à des périodes variables. Tantôt ils tiennent au développement du kyste lui-même et au désordre qu'il apporte, par sa présence, dans les fonctions des organes voisins ; tantôt ils sont le résultat du traitement que l'on a mis en usage. — Pendant leur développement, les tumeurs enkystées de l'ovaire peuvent déterminer, dans les organes voisins, des symptômes de compression. Il faut, si la nature du kyste le permet, pratiquer une ponction, ou bien, par une bonne position, un bandage bien appliqué, chercher à soulager les malades. J'ai déjà insisté sur ces accidents et sur ceux qui peuvent se présenter s'il survient une grossesse. Je ne fais que les rappeler ici.

La poche peut s'enflammer ou se rompre, ou déterminer une péritonite grave. Il faut avoir recours à des applications de sangsues, si l'état général de la malade le permet, à des frictions d'onguent mercuriel belladoné et surtout à l'application d'un moyen vanté avec raison par M. Velpeau : *un large vésicatoire volant,* fortement camphré, couvrant presque toute la paroi abdominale. En même temps, l'opium à haute dose à l'intérieur et des lavements laxatifs.

Les accidents provoqués par le traitement sont variables aussi.

Après l'application d'une canule à demeure et du tube-séton, si le pus devient fétide et détermine des accidents d'intoxication putride, les toniques, les vins généreux, le quinquina, l'infusion de camomille, la teinture d'aconit à dose assez élevée, 2, 4, 6 grammes, seront utilement associés aux moyens locaux, aux lavages et surtout aux injections iodées.

Les symptômes d'inflammation violente de la poche ou de péritonite traumatique seront combattus par les moyens indiqués précédemment.

Enfin, et pour finir ce chapitre, si le kyste ovarique vient à se faire jour dans un organe ou une cavité voisine, des injections détersives, des lavements, des lavages, pourront retarder et même faire disparaître les accidents auxquels cette complication peut donner lieu.

Cette complication pourra, dans certains cas, être suivie de guérison. Le fait suivant, que je trouve dans les *Archives générales de médecine* (février 1859), me semble venir à l'appui de cette proposition.

Guérison spontanée d'un kyste de l'ovaire. (Observation par M. E. Lumpe.)

Le kyste s'était développé d'une manière aiguë, avec fièvre, etc., pendant les suites d'un troisième accouchement, chez une femme de vingt-quatre ans. Une ponction faite dix-huit semaines après l'accouchement évacua seize litres d'un liquide trouble et fétide ; mais le kyste avait à peu près repris son volume primitif quatre semaines plus tard, et on allait procéder à l'injection iodée quand survint une diarrhée abondante qui persista pendant près de cinq semaines. Le volume de la tumeur diminuait en même temps progressivement, de sorte que l'on crut pouvoir admettre que la poche s'était ouverte dans le gros intestin.

La guérison fit dès lors des progrès rapides, et il ne resta qu'une masse indurée au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur et à gauche. (*Wiener Zeitschrift*, 1858, n° 22.)

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction. — Division et plan du sujet. 3

PREMIÈRE PARTIE. — HISTOIRE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE. 6

CHAPITRE I. — Caractères anatomiques des kystes de l'ovaire. 6

Article Ier. — (Kystes simples). 9

§ I. Siége. 10

§ II. Forme. 10

§ III. Structure. 13

§ IV. Contenu 18

§ V. Rapports généraux des kystes de l'ovaire. 26

1. Rapports avec la paroi abdominale. 26
2. Rapports avec l'intestin. 27
   A. Rapports avec l'intestin grêle. 27
   B. Rapports avec le gros intestin. 27
3. Rapports avec l'épiploon. 28
4. Rapports avec la vessie. 28
5. Rapports avec les uretères. 29
6. Rapports avec les trompes et les ligaments ronds. 29
7. Rapports avec l'utérus 30
8. Rapports avec le vagin. 31
9. Rapports avec les vaisseaux et nerfs voisins. 31

§ VI. Complications. 32

1. Adhérences. 32
2. Ouvertures spontanées. 33
3. Inflammation de la poche. 35
4. Plaques gangréneuses. 36
5. Ruptures. 37

Art. II. — (Kystes composés) 42

Art. III. — (Kystes anormaux de l'ovaire). 49

1. Kystes hydatiques. 49
2. Tumeurs enkystées embryonnaires. 50

CHAPITRE II. Caractères anatomiques des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire. 54

Art. Ier. — (Tumeurs liquides). 54
1. Kystes du ligament large. 54
2. Kystes des trompes. 55
3. Tumeurs enkystées du péritoine. 59
4. Tumeurs enkystées hydatiques ou séreuses du mésentère et de la cavité abdominale. 60
5. Kystes de l'utérus. 62
6. Hématocèle rétro-utérine. 63
7. Abcès froids, kystes du foie, des reins, etc. 64

Art. II. — (Tumeurs solides) 65
A. Tumeurs molles. 65
B. Tumeurs dures. 71
C. Tumeurs mixtes. 71

DEUXIÈME PARTIE. — HISTOIRE CLINIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE. . . 74

CHAPITRE Ier. — Caractères cliniques des kystes de l'ovaire. 75

Art. Ier. — Symptômes. 75
§ I. Symptômes locaux des kystes de l'ovaire renfermés dans la cavité pelvienne 76
§ II. Symptômes locaux des kystes de l'ovaire situés au-dessus du détroit supérieur du bassin. 77
§ III. Symptômes fonctionnels. 80
§ IV. Symptômes de voisinage. 81
§ V. Symptômes généraux. 84

Art. II. — Complications. 86

Art. III. — Marche 89

Art. IV. — Durée. 90

Art. V. — Terminaisons. 91
1° Résorption spontanée. 92
2° Évacuation naturelle 92
3° Inflammation spontanée. 93
4° Rupture. 94
5° Épuisement, marasme, etc. 96

CHAPITRE II. — Caractères différentiels des kystes de l'ovaire (*Diagnostic*). . 96
Diagnostic des diverses variétés de kystes ovariques. 96
1° Si le kyste est placé dans le petit bassin 96
2° Si le kyste est situé dans la cavité abdominale 97

Diagnostic des diverses variétés des kystes de l'ovaire (*séreux*, *gélatineux*, etc.) 97
Diagnostic. Petit volume. Pas de troubles fonctionnels. 101
Diagnostic. Petit volume. Avec troubles fonctionnels. 101
Diagnostic différentiel avec :
1. Tumeurs d'un petit volume. 102
2. Tumeurs d'un volume moyen. 102
A. Tumeurs non fluctuantes. . . . . , . . 103
B. Tumeurs fluctuantes. 105
3. Tumeurs d'un volume considérable 107
A. Tumeurs non fluctuantes. 107
B. Tumeurs fluctuantes. 108

CHAPITRE III. — Étiologie 110

CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement. 111
*Art. I*er. — Pronostic. 111
Art. II. — Traitement. 114
A. Traitement médical 114
B. Traitement chirurgical. 117
1° *Traitement palliatif*. 117
Trois méthodes :
Ponction, manière de la pratiquer, précautions, etc. 117
Ponctions vaginales. 119
Danger des ponctions 120
Guérisons à la suite d'une simple ponction. 121
Morts rapides. 122
Accidents, inflammations, hémorrhagies, etc. 124
Résumé. 125

2° *Traitement curatif*. 127
Trois méthodes :
A. — Suppuration du kyste.. 127
1° Incision. 128
2° Excision partielle du kyste 129
3° Canule à demeure. 130
4° Tube séton. 133
B. — Extirpation de la tumeur. 135
Divers procédés. 137
C. — Modifications des parois du kyste. 137
Injection iodée 138
Manière de la pratiquer. 142
Faut-il avoir tout de suite recours à l'injection?. 142

Dans quels kystes doit-elle être pratiquée ?. 143
Quelle quantité de teinture d'iode faut-il injecter ?. 145
Peut-on injecter de la teinture d'iode pure. 145
Douleur vive au moment de l'injection. 148
Ponctions répétées. 152
Reproduction trop prompte du liquide 153
A quelle époque faut-il opérer ?. 154
Résumé. 154
Galvano puncture 156
Rupture artificielle. 156

CHAPITRE V. — Traitement des accidents. 157